

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

N° W21-798223

Ag8968

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	9907	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	LAAROUSSI Abderrazak
Nom & Prénom :			
Date de naissance : 03/09/69			
Adresse : N°6 Rue 21 May Ousra Ain châle Casa			
Tél. :	06610915467	Total des frais engagés :	1393,60 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin	
	Cachet du médecin :	
Date de consultation :	03/03/2024	
Nom et prénom du malade :	ASMAE	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	Enfant
Nature de la maladie :	Asthme	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances		
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.		

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casa

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 14/10/2024

Lou

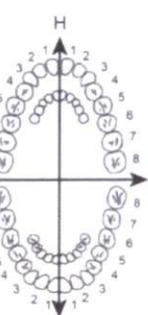
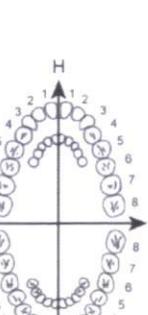


RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
07/03/2024	S	-	150€	INP : 08410490 Diplôme : 1 Signature : Date : 05/03/2024 Tél. : 05 22 21 20 00

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien en du Fourneisseur	Date	Montant de la Facture
	7/23/24	178.50

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
DAI DADA BONN	2013-03-15	B gro	1055,- CHF

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES												
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.												
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.												
SOINS DENTAIRES 		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient								
				INP : <input type="text"/>								
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>								
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>								
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>								
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>								
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412 21433562</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412 21433562	D	00000000 00000000	B	35533411 11433553	G	
H	25533412 21433562											
D	00000000 00000000											
B	35533411 11433553											
G												
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>										
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>										
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>										

Cabinet Médical Dr Siham Hanana

عيادة الدكتورة سهام حنانة

Médecine Générale
[Femme , Homme et enfants]
Diplôme d'echographie générale de la
Faculté de médecine de Casablanca
Suivi de la grossesse
Electrocardiogramme



Le code INPE : 091177907

الطب العام
(نساء، رجال و أطفال)
دبلوم الفحص بالصدى
كلية الطب بالدار البيضاء،
متابعة العمل
تخطيط القلب

Casablanca : 07/03/2024
الدار البيضاء

Le 07/03/2024
Age :

168.20

2 | Ange

S.V.

Mandy

10.30

2 | Dely

S.V.

Leva 3)

PPU : 168,20 DH
LOT : 652145
PER : 04/25

PPU : 10DH30
PER : 07/26
LOT : M2668

L : 148.00

Cabinet Dr Siham Hanana
Médecine Générale
Diplôme d'échographie générale
Bd. Amgala N° 58 Casablanca
05 22 21 26 27

PHARMACIE HAFID
Dr Siham Hanana
Bd. Amgala N° 58 Casablanca
05 22 21 26 27

الرجوا احترام وصفة طبيبك

ياسمينة 1 شارع أمكالة رقم 58 فوق صيدلية الأسرة (قرب الإذاعة) عين الشق - الدار البيضاء

Yassmina 1 Bd, Amgala N° 58 au dessus de la pharmacie OSRA (Prés Studio Ain chock) - Casablanca

Tél : 05 22 21 26 27 - الهاتف : ICE : 001804547000040

Cabinet Médical Dr Siham Hanana

Médecine Générale

[Femme , Homme et enfants]

Diplôme d'echographie générale de la

Faculté de médecine de Casablanca

Suivi de la grossesse

Electrocardiogramme



Le code INPE : 0911177907

عيادة الدكتورة شاهام حنانة



الطب العام

(نساء، رجال و أطفال)

دبلوم الفحص بالصدى

كلية الطب بالدار البيضاء

متابعة الحمل

تخطيط القلب

Casablanca : 07/03/2024
الدار البيضاء

bardani Agg

2 | INF + Pf

2 | Fem. tr.

3 | U.T.D.

4 | ITS mas.

05/03/2024
12:30 PM
Dr. Siham Hanana

Dr. Siham Hanana
Médecine Générale
Diplôme d'echographie générale
Yassmina 1 Bd, Amgala N° 58 Casablanca

الرجاء اعتماد وصفة طبية
Yassmina 1 Bd, Amgala N° 58 au dessus de la pharmacie OSRA (Prés Studio Ain chock) - Casablanca

ياسمينة 1 شارع أمكالة رقم 58 فوق صيدلية الأسرة (قرب الإذاعة) عين الشق - الدار البيضاء

Yassmina 1 Bd, Amgala N° 58 au dessus de la pharmacie OSRA (Prés Studio Ain chock) - Casablanca

Tél : 05 22 21 26 27 - الهاتف : ICE : 001804547000040

Facture

INPE LABORATOIRE : 093061729

N° facture : 2024-00400



Édité le : 11/03/2024

Patient : Mlle LAAROUSSI Aya

Date prélèvement : 09/03/2024

Analyses	Valeur en B	Montant
Hemogramme + Plaquettes	Gratuit	88,00
Ferritine	250	275,00
TSH us 3ème génération	250	275,00
Vitamine D (25 Hydroxycholécalciférol) - D2 + D3	450	495,00
Total B	950	1 045,00
APB	1,0	20,00
Majoration de garde		
Total		1 065,00

*Arrêtée la présente facture à la somme de : Mille soixante-cinq dirhams****

**LABOR
DARIA
TÉL:**
522221903615



Laboratoire Dar al Idaa

Casablanca, le 11/03/2024

Soit

Compte rendu d'analyses



Dossier N° : 090324-018 Pvt du: 09/03/2024

Nom : Mlle LAAROUSSI Aya

Demandé par Dr : SIHAM HANANA

Page : 1 / 2

HEMATOLOGIE

Hemogramme + Plaquettes

Valeurs Usuelles

Antériorité

Erythrocytes	:	4,94 10 ⁶ /mm ³	(3,8 - 5,2)
Hémoglobine	:	13,30 g/dl	(11,5 - 15,2)
Hématocrite	:	41,40 %	(35 - 46)
VGM	:	83,81 fL	(77 - 97)
TCMH	:	26,92 pg	(26 - 34)
CCMH	:	32,13 g/dl	(32 - 35,5)
Plaquettes	:	267 10 ³ /mm ³	(150 - 400)
Leucocytes	:	7,48 10 ³ /mm ³	(4 - 10)

FORMULE LEUCOCYTAIRE

Polynucléaires Neutrophiles	:	58,70 %	
		4,39 10 ³ /mm ³	(2 - 7,5)
Lymphocytes	:	30,10 %	
		2,25 10 ³ /mm ³	(1 - 4)
Monocytes	:	8,80 %	
		0,66 10 ³ /mm ³	(0,2 - 1)
Polynucléaires Eosinophiles	:	1,60 %	
		0,12 10 ³ /mm ³	(Inférieur à 0,5)
Polynucléaires Basophiles	:	0,80 %	
		0,06 10 ³ /mm ³	(Inférieur à 0,2)
Au total	:	100,00 %	

Le Biologiste



Laboratoire Dar al Idaa

Mlle LAAROUSSI Aya

Dossier N° :090324-018

Page : 2/2

BIOCHIMIE

Ferritine

: 39,30 ng/ml

Valeurs Usuelles

(11 - 307)

Antériorité

HORMONOLOGIE

TSH us 3ème génération

: 0,787 µUI/ml

Valeurs Usuelles

(0,38 - 5,33)

Antériorité

VITAMINES

Vitamine D (25 Hydroxycholécalciférol) - D2 + D3

49,80 ng/ml

Valeurs Usuelles

Antériorité

(Technique : automate alegría orgentec)

chez l'adulte :

déficience : < 10 ng/ml

insuffisance : 10-30 ng/ml

seuil de toxicité : 100 ng/ml

Le Biologiste

Nous vous remercions de votre confiance