

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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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.

MUPRAS :Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-482542

ND: 330 38

Maladie

Dentaire

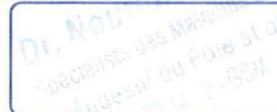
Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)	9796	Société :	AMADEUS MAROC
Matricule :	9796	Pensionné(e)	Autre :
Actif	ESSALMI LIOUSSAINIE	Nom & Prénom :	
Date de naissance :		25-06-1964	
Adresse :		148 BI TIRERIE	
Tél. :		0661711713	
Total des frais engagés : 200,00 Dhs			

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 19/02/2020

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Compagnon Enfant

Nature de la maladie :

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 fournis dans la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

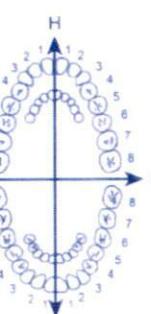
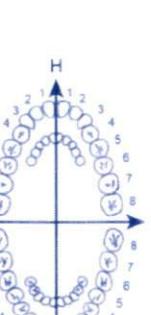
Signature de l'adhérent(e) :

Le : 17/02/2020

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
11/02/2016	C		917	INP : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 

ANALYSES - RADIographies			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	14/02/2003	B160 x 1/2	200,00 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.														
SOINS DENTAIRES 		Dents Traitées (List of treated teeth)	Nature des Soins (Nature of treatments)	Coefficient (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 border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B	
H	G													
25533412 00000000	21433552 00000000													
D	G													
00000000 35533411	00000000 11433553													
B														
		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"/>												

Spécialiste des Maladies de l'appareil Digestif
du Foie & de l'Anus

Proctologie : Hémorroïdes, Fissure, Fistule, Abcès
Echographie Abdominale - Fibroscopie - Coloscopie
Ex chef de service de Gastro-entérologie
à l'hôpital Mly Abdellah Mohammadia



طبيب اخصاصي في امراض الجهاز الهضمي
الكبد، المراة، المعدة، الأمعاء، البواسير
الفحص بالأمواج فوق الصوتية، الفحص بالمنظار الداخلي
للمعدة والمعوي الغليظ
تشخيص وجراحة امراض المخ
رئيس مصلحة الجهاز الهضمي بمستشفى
مولاي عبدالله المحمدية

Mohammadia Le: 14 Fevr 2020

ESSA (MI) 2400 4442

NF
TP - TLC

Dr. Nourdine MALLOUK
Spécialiste des Maladies de l'appareil
Digestif du Foie et de l'Anus
Tél: 0523 32 14 19 - GSM: 0661 182 702



زنقة عبد الرحمن سرغيني، إقامة راوية عماره A الطابق الثاني الشقة رقم 10

Rue Abderrahmane SARGHINI, Résidence RAWIYA Imm. A, App. N° 10 - Mohammadia

Tél/Fax : 0523 32 14 19 - GSM : 0661 182 702 - noudinemallouk@gmail.com

LABORATOIRE CENTRAL D'ANALYSES MEDICALES

Dr. EL HAJAJI MOHAMED
Abderahmane serghni- Mohammedia.

ICÉ: 001781528000074

INPE: 093002509

Pat: 39450049

IF: 34637815

FACTURE N° : 200200758

MOHAMMEDIA le 14-02-2020

Mr ESSALMI ZAKARIA
2002140100

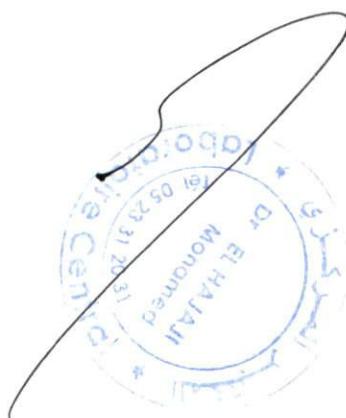
Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Prélèvement sanguin	E25	E
0216	Numération formule	B80	B
0239	Temps de céphaline: TCK	B40	B
	TP PROTHROMBINE	B40	B

Total des B : 160

TOTAL DOSSIER : 200.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : deux cents dirham s.





المختبر المركزي للتحاليل الطبية

LABORATOIRE CENTRAL ANALYSES MEDICALES



الحمدية - (في إتجاه باب القصبة)

Microbiologie - Hématologie - Toxicologie - Biochimie - Hormonologie - Immunologie - Fécondation in vitro

Dr. Mohamed EL HAJAJI

الدكتور محمد الحاجي

Date du prélèvement : 14-02-2020 à 14:33

Code patient : 2002140100

Né(e) le : 04-04-1999 (20 ans)

Édition du : 14-02-2020

Mr ESSALMI ZAKARIA

Référence : 2002140100

Prescripteur : Dr NOURDINE MALLOUK

HEMATOLOGIE

NUMERATION FORMULE SANGUINE

(Cytométrie en flux Sysmex XT-1800i)

GLOBULES ROUGES

Hémoglobine	14.50	M/mm3	(4.20-5.00)
Hématocrite	44.00	%	(35.00-51.00)
VGM	83	μ 3	(83-93)
TCMH	28	pg	(26-35)
CCMH	33	g/100ml	(31-37)
GLOBULES BLANCS	6 900	/mm3	(4 000-10 000)

FORMULE LEUCOCYTAIRE

Poly. Neutrophiles	48.00	%	
Soit:	3 312	/mm3	(2 000-7 500)
Poly. Eosinophiles	2.00	%	
Soit:	138	/mm3	(100-400)
Poly. Basophiles	0.00	%	
Soit:	0	/mm3	(0-150)
Lymphocytes	46.00	%	
Soit:	3 174	/mm3	(1 000-4 000)
Monocytes	4.00	%	
Soit:	276	/mm3	(100-1 000)
Total	100	%	

NUMERATION DES PLAQUETTES

PLAQUETTES 303 000 /mm3 (150 000-400 000)

FROTTIS SANGUIN Formule sanguine : Cytologie normale

www.labocentral.ma



Dr. Mohamed EL HAJAJI

الطابق السفلي عمارة الحر ، شارع عبدالرحمن السرغيني (في اتجاه القصبة) - المحمدية

RDC : 1 Immeuble EL HORE , Blv Abderahmane Serghini - Mohammedia - Maroc

Tél. : 05 23 31 20 31 / Fax : 05 23 31 01 46 - GSM : 06 61 17 89 24 - E-mail: lc2amohammedia@gmail.com

Pour le Prélèvement à Domicile Veuillez Contacter : 06 73 74 73 88



المختبر المركزي للتحاليل الطبية

LABORATOIRE CENTRAL ANALYSES MEDICALES



الحمدية - (في إتجاه باب القصبة)

Microbiologie - Hématologie - Toxicologie - Biochimie - Hormonologie - Immunologie - Fécondation in vitro

Dr. Mohamed EL HAJAJI

الدكتور محمد الحاجي

Date du prélèvement : 14-02-2020 à 14:33

Code patient : 2002140100

Né(e) le : 04-04-1999 (20 ans)

Édition du : 14-02-2020

Mr ESSALMI ZAKARIA

Référence : 2002140100

Prescripteur : Dr NOURDINE MALLOUK

HEMOSTASE

TAUX DE PROTHROMBINE

(Technique chronométrique STA- Neoplastine CL STAGO)

Témoin	12.5	s	
Sujet	12.50	s	(12.00-14.00)
TP	100.00	%	(70.00-100.00)

TEMPS DE CEPHALINE KAOLIN(TCK)

Témoin	30	sec.	
Sujet	38	sec.	(30-40)

www.labocentral.ma

Dr. Mohamed EL HAJAJI

الطابق السفلي عمارة الدبر . شارع عبدالرحمن السرغيني (في اتجاه القصبة) - الحمودية

RDC : 1 Immeuble EL HORE , Blv Abderahmane Serghini - Mohammedia - Maroc

Tél. : 05 23 31 20 31 / Fax : 05 23 31 01 46 - GSM : 06 61 17 89 24 - E-mail: lc2amohammed@gmail.com

Pour le Prélèvement à Domicile Veuillez Contacter : 06 73 74 73 88

