

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

N° W19-542613

RD: 36547

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 73.41		Société : RAM	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif <input type="checkbox"/> Pensionné(e)		<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : CHOUIKH MUSTAPHA			
Date de naissance : 02-05-1966			
Adresse : HAY ZAITOUNE, BLOC 'C', N° 178			
Télé. : 06 61 15 86 54 Total des frais engagés : 350,50 Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 22/06/2020			
Nom et prénom du malade : Aya Chouikh Age : 41			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Asthénie générale			
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.			

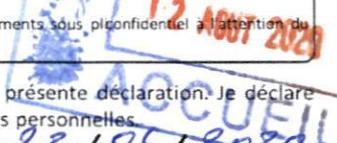
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : **AGADIR**

Le : **22/06/2020**

Signature de l'adhérent(e) :

Cfz



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
22/06/2020	C	5		INP : DH1224426 Signature : A. QADIRI

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<p>Dr. AZAGOUR 27, Rue du Pélican Q.T. - Agadir 215 566 Fax 0328 817 800</p> <p>Laboratoire d'Analyses Médicales Dr. AZAGOUR 27, Rue du Pélican Q.T. - Agadir 215 566 Fax 0328 817 800</p>	13.06.16	8351	350,-

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		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	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 PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																					
	<table border="1"> <tr><td>H</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td><td></td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr><td>D</td><td>G</td><td></td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td><td></td></tr> <tr><td>B</td><td></td><td></td></tr> </table>			H			25533412	21433552		00000000	00000000		D	G		00000000	00000000		35533411	11433553		B			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H																									
25533412	21433552																								
00000000	00000000																								
D	G																								
00000000	00000000																								
35533411	11433553																								
B																									
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																					
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ORDONNANCE

26/06/2020

Aya chouikh

face GVP

- NFS pg
- transmasta
- groupes pg + QM
- GAS
- urie, creit

Laboratoire d'Analyses Médicales
Dr. AZAOU Lhcen
25-27, Rue du Président Bekkai
Q. I. - AGADIR
Tél: 0528 843 586 Fax: 0528 847 809

الدكتور أسماء القباري
Doctor Asem Alqabari
Déléguée à l'analyse médicale
Delegated to medical analysis





LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES DU DOCTEUR AZAOU

25-27 RUE DU PRESIDENT BEKKAI QUARTIER INDUSTRIEL (EN FACE DE LA PHARMACIE CHaab)
80 000 AGADIR - T E L : 05 28 84 35 86 - F A X : 05 28 82 78 00

DOCTORAT OBTENU A LA FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN FRANCE.
DIPLOME DE SPECIALISATION EN BIOLOGIE MEDICALE DE L'UNIVERSITE RENE DESCARTES PARIS.
DIPLOMES UNIVERSITAIRES DES FACULTES DE MEDECINE DE PARIS EN:
-ENDOCRINOLOGIE DE LA REPRODUCTION ET GYNECOLOGIE MEDICALE
-THERAPEUTIQUE EN STERILITE
-BIOLOGIE CLINIQUE ET ONCOLOGIE
-PARASITOLOGIE MEDICALE ET TECHNIQUE
- MEDECINE ET BIOLOGIE DE LA REPRODUCTION
- IMMUNO-RHUMATOLOGIE
- HEMATOLOGIE

LIBELLÉ

Édité le : mercredi 8 juillet 2020

FACTURE pour votre mutuelle

13062020 007

REN B0	NF.F12-18A B80	GRH B60	GRH3 B0	AS B0	GLY1 B31	CRF1 B30
URE1 B30	ASA1 B50	ALA1 B50				

NUMERO D'IMMATRICULATION

16E:

001580821000064

LIBELLÉ

BENEFICIAIRE nom et prenom CHOUIKH Aya

BENEFICIAIRE adresse Tikouine

BENEFICIAIRE ville 80000 AGADIR

BENEFICIAIRE Date Naissance : 27/03/2007

DATE D'ORDONNANCE 13/06/2020

DATE DES EXAMENS 13/06/2020

Nombre de B total : 331

Total prélèvements : 35,00

PART ORG. OBLIGATOIRE 66,80 TAUX 20 ORGANISME DEST.

PART ORG. COMPLEMENTAIRE TAUX ORGANISME COMPL.

PART ASSURE 333,20

TOTAL 400,00

Date saisie	No dossier	Paiement	Date paiement	Mode règlement	Banque
13/06/2020	7	350,00	13/06/2020	Espèces	

Total réglé : 350,00

SIGNATURE ET TAMON LABORATOIRE

Laboratoire d'Analyses Médicales
Dr. AZAOU Lhcen
25-27, Rue du President Bekkai
Q. I. - AGADIR
Tél: 0528 843 588 Fax: 0528 847 800



LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES DU DOCTEUR AZAOU

25-27 RUE DU PRESIDENT BEKKAI QUARTIER INDUSTRIEL (EN FACE DE LA PHARMACIE CHaab)
80 000 AGADIR - T E L : 05 28 84 35 86 - F A X : 05 28 82 78 00

DOCTORAT OBTENU A LA FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN FRANCE.
DIPLOME DE SPECIALISATION EN BIOLOGIE MEDICALE DE L'UNIVERSITE RENE DESCARTES PARIS.
DIPLOMES UNIVERSITAIRES DES FACULTES DE MEDECINE DE PARIS EN:
-ENDOCRINOLOGIE DE LA REPRODUCTION ET GYNECOLOGIE MEDICALE
-THERAPEUTIQUE EN STERILITE
-BIOLOGIE CLINIQUE ET ONCOLOGIE
-PARASITOLOGIE MEDICALE ET TECHNIQUE
- MEDECINE ET BIOLOGIE DE LA REPRODUCTION
- IMMUNO-RHUMATOLOGIE
- HEMATOLOGIE

Docteur AL QADIRI Asmaa

Centre santé

Cité Al qods

80000 AGADIR

Dossier: 13/06/2020-007 Edité le: 13/06/2020

Prélèvement Au Laboratoire 07:37:03

Patient Né : 27/03/2007

Enfant CHOUIKH Aya

Tikouine

80000 AGADIR

N° page 1 / 2

HEMATOLOGIE

Valeurs de référence

HEMOGRAMME

LEUCOCYTES.....	7 330,00	/mm3	(4 500 à 13 500)
HEMATIES.....	4 190 000	/mm3	(4 100 000 à 5 100 000)
Hémoglobine.....	13,20	g/dl	(11,5 à 16)
Hématocrite	36,60	%	(36 à 46)
V.G .M.....	87	μ3	(78 à 98)
C.C.M.H.....	36	g/dl	(30 à 35)
T.C. M .H.....	32	pg	(25 à 35)
Formule sanguine			
Polynucléaires Neutrophiles	43	%	(40 à 60) 3 151,9 /mm3
Polynucléaires Eosinophiles	2	%	(1 à 5) 146,6 /mm3
Polynucléaires Basophiles	0	%	(0 à 2) 0 /mm3
Lymphocytes	47	%	(26 à 40) 3 445,1 /mm3
Monocytes	8	%	(4 à 8) 586,4 /mm3
Plaquettes.....	207 000	/mm3	(150 000 à 400 000)

IMMUNO-HEMATOLOGIE

GROUPE SANGUIN ET FACTEUR RHESUS :

1ère Technique (Réactif : BIORAD)

- Groupe sanguin **A**
- Facteur Rhésus **Positif**

2ème Technique (Réactif : Diamed)

- Groupe sanguin **A**
- Facteur Rhésus **Positif**

BIOCHIMIE

Valeurs de référence

ASPECT DU SERUM normal.

le laboratoire est ouvert de 7h à 19h sans interruption.

Laboratoire d'Analyses Médicales
Dr. AZAOU Lincoen
25-27, Rue du President Bekkai
Q. I. - AGADIR
Tél:0528 843 586 Fax:0528 847 800



LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES DU DOCTEUR AZAOU

25-27 RUE DU PRESIDENT BEKKAI QUARTIER INDUSTRIEL (EN FACE DE LA PHARMACIE CHAAB)
80 000 AGADIR - T E L : 05 28 84 35 86 - F A X : 05 28 82 78 00

DOCTORAT OBTENU A LA FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN FRANCE.
DIPLOME DE SPECIALISATION EN BIOLOGIE MEDICALE DE L'UNIVERSITE RENE DESCARTES PARIS.
DIPLOMES UNIVERSITAIRES DES FACULTES DE MEDECINE DE PARIS EN:
-ENDOCRINOLOGIE DE LA REPRODUCTION ET GYNÉCOLOGIE MEDICALE
-THERAPEUTIQUE EN STERILITE
-BIOLOGIE CLINIQUE ET ONCOLOGIE
-PARASITOLOGIE MEDICALE ET TECHNIQUE

- MEDECINE ET BIOLOGIE DE LA REPRODUCTION
- IMMUNO-RHUMATOLOGIE
- HEMATOLOGIE

Docteur AL QADIRI Asmaa

Centre santé

Cité Al qods

80000 AGADIR

Dossier: 13/06/2020-007 Edité le: 13/06/2020

Prélèvement Au Laboratoire 07:37:03

Patient Né : 27/03/2007

Enfant CHOUIKH Aya

Tikouine

80000 AGADIR

N° page 2 / 2

GLYCEMIE à jeun (HK)..... 0,96 g/l (0,6 à 1)
soit..... 5,33 mmol/l (3,33 à 5,55)

CREATININE (JAFFE)..... 6,00 mg/l (1,7 à 8,7)
Soit..... 53,04 µmol/l

UREE (Uréase)..... 0,23 g/l (0,11 à 0,36)
soit..... 3,83 mmol/l

S.G.O.T. (ASAT) (Cinétique enzymatique à 37°C) .. 15 UI/l (5 à 40)

S.G.P.T.(ALAT) (Cinétique enzymatique à 37°C) .. 9 UI/l (7 à 45)

Docteur Azaou Lhcen
Laboratoire d'Analyses Médicales
Dr. AZAOU Lhcen
25-27, Rue du Président Bekkai
Q. I. - AGADIR
Tél: 0528 843 586 Fax: 0528 847 800