

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.

Diagnostique 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.

Éducation :

- 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.

Prothèse :

- En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

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

- Déclaration : contact@mupras.com
- Mise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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.

6 : 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° P19- 045029

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5365 Société : 40558

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : ve

Nom & Prénom : FATIMA BASSINE

Date de naissance : 06/09/1979

Adresse : 17, rue de la Liberté

Tél : 0679 17124 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ 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 portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.
Veuillez fournir une facture
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient															
			Coefficient des travaux <input type="text"/>															
			Montant des soins <input type="text"/>															
			Début d'exécution <input type="text"/>															
			Fin d'exécution <input type="text"/>															
O.D.F. Prothèses dentaires 	Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux <input type="text"/>															
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>H</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D 00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			H	G	25533412	21433552		00000000	00000000		D 00000000	00000000		35533411	11433553		Montant des soins <input type="text"/>
		H	G															
	25533412	21433552																
00000000	00000000																	
D 00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		Date du devis <input type="text"/>																
		Fin d'exécution <input type="text"/>																
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution																



P 17 / 0062905

DATE DE DEPOT
/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 0005365	Signature de l'adhérent	
Nom & Prénom AB DE RAHMAN SAMIRO				
Fonction Pédiatre	Phones			
Mail				
MEDECIN	Prénom du patient BASSINE FATIMA			
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input checked="" type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age	
Nature de la maladie		Date 08/07/2020		
(L) Herpès de la ligne 3 lanch.		Date 1ère visite		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances				
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires		
C2	2500H			
PHARMACIE	Date		Signature et cachet du Pharmacien	
Montant de la facture				
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date 11/07/2020		
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		LABORATOIRE SEKAT Réception	
	190,00 DH			
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	CACHET	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires		
AM	PC	IM		IV

VOLET ADHERENT

NOM :

Mle

DECLARATION N° P 17 / 0062905



Date de Dépôt

Montant engagé

Nbre de pièces Jointes

Cachet
MUPRAS

Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois

Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle



مركز (الشفا) - برشيد
CLINIQUE CHIFA - BERRECHID



060002557

ORDONNANCE

Berrechid le : 8/7/2020

M^e BASSINE Fatima.

NFS + Plaquettes

T2 TCK

Créatinine

Glycémie



LABORATOIRE
SEKKAT
Réception
Le

Dr EL FAKIRI Belaid
Chirurgien
Djann Essafi Bd. 11
BERRECHID
Tél : 0522 32 60 60 - 0522 32 80 80

Clinique CHIFA
Lotissement Jeddah
- BERRECHID -
Tél : 0522 32 75 03 Fax : 0522 32 80 81

Laboratoire Sekkat d'analyses médicales

Docteur Mohamed Sekkat
Médecin Biologiste en analyses médicales

Adresse : N°12 Lot. El Youssef II, intersection rue Mohamed V et rue
Moqawama, à côté de BMCE bank, Berrechid
Tél. : 05 22 51 77 81 / Email : laboratoiresekkat@gmail.com
Urgences : 06 25 63 42 71

Biochimie - Hématologie - Virologie - Bactériologie - Parasitologie - Mycologie -
Immunologie - Hormonologie - Toxicologie - Biologie de la reproduction

Facture

N° facture : 20-6702

Patient : Mme BASSINE Fatima

Edité le : 15/09/2020

Date prélèvement : 11/07/2020

Analyses	Valeur en B	Montant
NUMERATION FORMULE SANGUINE AVEC PLAQUETTES (NFS)	80	80,00
EXPLORATION DE LA VOIE EXOGENE DE LA COAGULATION	40	40,00
EXPLORATION DE LA VOIE ENDOGENE DE LA COAGULATION	40	40,00
Créatinine	30	30,00
Total B	190	190,00
APB	1,0	0,00
Total		190,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : Cent quatre-vingt-dix dirhams***

LABORATOIRE
SEKKAT
Réception
Le.....



LABORATOIRE SEKKAT D'ANALYSES MEDICALES

مختبر سقاط للتحاليل الطبية

Βιοχημεία - Ηématologie - Virologie - Bactériologie - Parasitologie - Mycologie -

Immunologie - Hormonologie - Toxicologie - Biologie de la reproduction

Dr. Mohamed SEKKAT
Médecin Biologiste

Pvt du: 11/07/2020

Mme BASSINE Fatima

Edition du : 11/07/2020

Dossier N° : 10A07581013



Prélèvement non effectué au laboratoire

Page : 1/2

HEMATOLOGIE (BC5380)

Valeurs Usuelles

Antériorité

NUMERATION FORMULE SANGUINE AVEC PLAQUETTES

HEMATIES	:	4,48 M/mm ³	(4,2 - 5,7)
Hémoglobine	:	13,4 g/dL	(12,5 - 15,5)
Hématocrite	:	39,5 %	(36 - 46)
VGM	:	88 fL	(80 - 100)
TCMH	:	30 pg	(27 - 32)
CCMH	:	34 %	(30 - 35)
LEUCOCYTES	:	6730 /mm ³	(4000 - 10000)
FORMULE LEUCOCYTAIRE :			
Polynucléaires Neutrophiles	:	52,8% Soit 3553/mm ³	(2000 - 7500)
Lymphocytes	:	41,2% Soit 2773/mm ³	(1500 - 4000)
Monocytes	:	3,2% Soit 215/mm ³	(200 - 800)
Polynucléaires Eosinophiles	:	2,2% Soit 148,06/mm ³	(100 - 400)
Polynucléaires Basophiles	:	0,6% Soit 40,38/mm ³	(Inférieur à 150)
PLAQUETTES	:	350 000 /mm ³	(150000 - 400000)
VMP	:	9,10 fL	(6,5 - 12)

LABORATOIRE SEKKAT
D'Analyses Médicales
Dr. SEKKAT Med
Lot El Youssef II N° 12 Berrechid



LABORATOIRE SEKKAT D'ANALYSES MEDICALES

مختبر سقاط للتحاليل الطبية

Βιοχημεία - Ηématologie - Virologie - Bactériologie - Parasitologie - Mycologie -

Immunologie - Hormonologie - Toxicologie - Biologie de la reproduction

Dr. Mohamed SEKKAT
Médecin Biologiste

Pvt du: 11/07/2020

Mme BASSINE Fatima

Edition du : 11/07/2020

Dossier N° : 10A07581013



Prélèvement non effectué au laboratoire

Page : 2/2

HEMOSTASE (SATELLITE MAX)

Valeurs Usuelles

Antériorité

EXPLORATION DE LA VOIE EXOGENE DE LA COAGULATION

TAUX DE PROTHROMBINE : 100 % (70 - 100)
TEMPS DE QUICK : 13.04 sec
I.N.R. : 0.97

INTERPRETATION :

-INR = 1,9 - 2,5 : Prophylaxie thrombose veineuse.
-INR = 2,5 - 3,0 : phlébites , embolies pulmonaires.
-INR = 3,0 - 4,2 : prophylaxie artérielle (valves).

EXPLORATION DE LA VOIE ENDOGENE DE LA COAGULATION

TCA du Sujet : 28,32 sec
TCA du Témoin : 27 sec
Rapport Sujet/témoin : 1,05 (Inférieur à 1,2)

BIOCHIMIE (BECKMAN COULTER AU 480)

Valeurs Usuelles

Antériorité

Créatinine : 6,30 mg/L (4,3 - 11)
(Technique : Enzymatique) 56 μmol/L (38 - 97)

LABORATOIRE SEKKAT
D'Analyses Médicales
Dr. SEKKAT Med
Lot El Youssef II - 12 Berrechid