

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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° W19-519706

43263

Maladie **Dentaire** **Optique** **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0944 Société : R.A.M.

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : HALMONY ABDELMAYID

Date de naissance : 09.01.1930

Adresse : COOP ALICHRAFI II n°21, Sidi Daarou

Tél. 0698 335457 Total des frais engagés : DH 478,00 Dhs

0522 3219396

Cadre réservé au Médecin

Dr. A. MEL ALAOUI
HEMATOLOGUE
Omia Ibn Esselt Bélvédère
Casablanca
GSM: 06 63 45 61 94

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22/09/2020

Nom et prénom du malade : HALMONY Abdellmajid 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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :

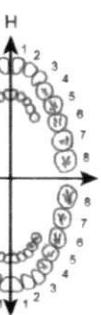
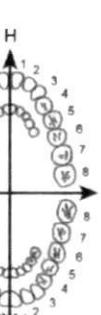
Le : 09/09/2020

HALMONY Abdellmajid

Mohamed

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
22/03/2020 CS 2020	GS	01	Gratuité 300,000 Dhs CSE	INP: 00510466 capacité Dr A.M EL ALAOUI HÉMATOLOGUE SÉNATUR

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 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"/>															
O.D.F PROTHESES 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</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">35533411 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;"></td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	00000000 00000000			D	00000000	00000000	35533411 11433553			B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	25533412	21433552																
	00000000 00000000																		
	D	00000000	00000000																
	35533411 11433553																		
	B																		
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

مصحة الاختصاصات الشفاء
Clinique des Spécialités Achifaa



Angle Rues Lahcen El Arjoune et Lavoisier (face Hôpital 20 Août)
05 22 85 92 20 (10 L.G.) - Fax : 05 22 86 22 23 - Casablanca - Maroc

E-mail : cliniqueachifaa@menara.ma

Docteur :

Casablanca, le : 22/09/2020

DR HALMOUNY Abdellah



69.00

4 Cureaul 100

1 cp tous les 3j

Soir 1-0-0-1

Aspirine 100.



51.7800



- Boîte 10 unités

Dr. A. M. EL ALAOUI
HEMATOLOGUE
Omial Ibn Bassel Bâtiment B
Casablanca
GSM: 0661 11 11 11

t la vue des enfants.

n médicale

s enfants.

30°C.

oi:

re.

و مرأى الأطفال.

ة الأطفال.

الاطفال.



6 118001 260607

CUREAML®

500 mg

Hydroxycarbamide

voie orale

PPV: 69 DH 50

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20

LOT : 20E006 PER.:06/2021



6 118000 061113



ASPEGIC 100MG
SACHETS B20

LOT : 20E006 PER.:06/2021



6 118000 061113



ASPEGIC 100MG
SACHETS B20

LOT : 20E006 PER.:06/2021



6 118000 061113



ASPEGIC 100MG
SACHETS B20

LOT : 20E006 PER.:06/2021



6 118000 061113



ASPEGIC 100MG
SACHETS B20

LOT : 20E006 PER.:06/2021



6 118000 061113



CLINIQUE DES SPECIALITES ACHIFAA

CASABLANCA

Reçu de caisse

Médecin : DR. ALAOUI MOHSSINE AZZEDINE

CONSULTATION

N° : 20092211495430801 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
20A11352	HALMOUNY ABDELMAJID	22/09/2020

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Espèce		300.00
PAYANT	Total	300.00
		TROIS CENTS DIRHAMS

Date du prélèvement : 16-09-2020 à 09:17
Code patient : 1908062008
Né(e) le : 09-01-1930 (90 ans)



Mr Abdelmajid HALMONY
 Dossier N° : 2009162009
 Prescripteur :

(**) : ..

Prise de sang: **

HEMATOLOGIE

NUMERATION GLOBULAIRE(Sysmex XT-1800i)

			18-08-2020
Leucocytes **	12.05	G/L	16.78
Hématies **	5.45	T/L	6.40
Hémoglobine **	12.5	g/dL	13.9
Hématocrite **	38.8	%	43.3
V.G.M **	71.2	fL	67.7
T.C.M.H **	22.9	pg	21.7
C.C.M.H **	32.2	g/dL	32.1

FORMULE LEUCOCYTAIRE(Sysmex XT-1800i)

Poly. Neutrophiles **	67.8	%	63.0
Soit **	8.18	G/L	10.57
Poly. Eosinophiles **	3.5	%	2.7
Soit **	0.42	G/L	0.45
Poly. Basophiles **	1.6	%	1.3
Soit **	0.19	G/L	0.21
Lymphocytes **	20.6	%	24.0
Soit **	2.48	G/L	4.02
Monocytes **	6.5	%	9.0
Soit **	0.78	G/L	1.51
PLAQUETTES(Sysmex XT-1800i) **	329	G/L	739

Commentaire : **

LEUCOCYTOSE
MICROCYTOSE

(**) : ..

DR AZIZ MOTAOUAKKIL
 LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
 187 BOULEVARD IBNOU SINA - HAY EL HANA - CASABLANCA
 TEL : 05 22 95 03 34 - FAX : 05 22 94 77 45 - E-MAIL : evolulab@hotmail.com
 RC : 267035 - ICE : 001666539000001