

## 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 Anfa Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge



## Déclaration de Maladie

N° W19-580279

ND: 50440

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricole : 5198		Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : El Bada Said			
Date de naissance : 20/10/31/937			
Adresse : 9 place bel air, casablanca			
Tél. : 0661183473		Total des frais engagés : 95	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : 21/10/2020	Nom et prénom du malade : El Bada Said
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Age : 83 ans	
<input type="checkbox"/> 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'att. médecin conseil de la Mutuelle.	

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

Fait à : Casablanca

Le : 21/10/2020

Signature de l'adhérent(e) :

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Anfa Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge

## **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
				INP : <input type="text"/>

## **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
	21/10/2023	Babu R	96000

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

#### **BEIJING 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'ODDF.

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"/>
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

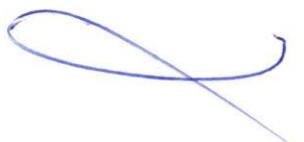
وصفة طبية  
**Ordonnance**

Casablanca, le :

21/10/20

SAID EL BADA

Laboratoire National de Référence  
Tél : 05.29.05.02.33  
E-mail : labo@fckn.hck.ma  
NFS + Pdg



**Spécialités**

 Cytogénétique  
 Biologie moléculaire  
 Dépistage néonatal-prénatal

 Biologie cellulaire  
 Biologie médicale  
 Anatomie pathologique

**Identifiant du patient :** H0120006592

**Date de naissance :** 20/03/1937

**Sexe :** M

**Date de l'examen :** 21/10/2020

**Prélevé le :** 21/10/2020 à 09:57

**Édité le :** 21/10/2020 à 12:07

**EL BADA SAID**
**Dossier N° :** 20103415

**Service :** SALLE DE PRÉLEVEMENT


## HÉMATOLOGIE CELLULAIRE

### NUMÉRATION FORMULE SANGUINE

Echantillon primaire: Sang total EDTA (Impédance électrique - Spectrophotométrie - Cytométrie en flux / Sysmex XN2000)

#### LIGNÉE ROUGE

Hématies	:	<b>3.47</b>	$10^{12}/l$	4.08 - 5.6	3.31 $10^{12}/l$ (07/10/2020)
Hémoglobine	:	<b>11.8</b>	g/dl	12.9 - 16.7	11.4 g/dl (07/10/2020)
Hématocrite	:	<b>33.9</b>	%	38 - 49	31.7 % (07/10/2020)
VGM	:	<b>97.7</b>	fl	83 - 97	95.8 fl (07/10/2020)
CCMH	:	34.8	g/dl	32.3 - 36.1	36.0 g/dl (07/10/2020)
TCMH	:	<b>34.0</b>	pg	27.8 - 33.9	34.4 pg (07/10/2020)
Erythroblastes circulants	:	0.2	%		0.2 % (02/09/2020)
Erythroblastes circulants	:	0.01	$10^3/mm^3$		0.01 $10^3/mm^3$ (02/09/2020)

#### LIGNÉE BLANCHE

Leucocytes	:	5.20	$10^3/mm^3$	3.8 - 10.0	4.13 $10^3/mm^3$ (07/10/2020)
P. Neutrophiles	:	59.3	%	3.08 $10^3/mm^3$ 1.6 - 5.9	60.5 % (07/10/2020)
P. Eosinophiles	:	2.9	%	0.15 $10^3/mm^3$ 0.03 - 0.50	0.5 % (07/10/2020)
P. Basophiles	:	1.2	%	0.06 $10^3/mm^3$ < 0.09	1.0 % (07/10/2020)
Lymphocytes	:	28.7	%	1.49 $10^3/mm^3$ 1.07 - 4.10	30.3 % (07/10/2020)
Monocytes	:	7.9	%	0.41 $10^3/mm^3$ 0.23 - 0.71	7.7 % (07/10/2020)

#### PLAQUETTES

Le 21/10/2020 à 12:07

Signature

RAZIK Nadia

Laboratoire National de Référence  
Tél : 05.29.05.02.33  
E-mail : labo@fckm.lck.ma

#### Laboratoire National de Référence

Boulevard mohamed Taieb Naciri, BP 82403 Casa Oum Rabii, Hay Hassani, Casablanca. Téléphone: +212 529 050233, Courriel: lnr@fckm.ma  
Conformément aux textes en vigueur, votre échantillon biologique pourra être éliminé, utilisé et/ou transféré à des fins scientifiques ou de contrôles qualité, hors génétique humaine, de manière anonyme et respectant le secret médical sauf opposition formulée auprès de notre secrétariat médical.

**Spécialités**

*Cytogénétique  
Biologie moléculaire  
Dépistage néonatal-prénatal*

*Biologie cellulaire  
Biologie médicale  
Anatomie pathologique*

**Identifiant du patient :** H0120006592

**Date de naissance :** 20/03/1937

**Sexe :** M

**Date de l'examen :** 21/10/2020

**Prélevé le :** 21/10/2020 à 09:57

**Édité le :** 21/10/2020 à 12:07

**EL BADA SAID**

**Dossier N° :** 20103415

**Service :** SALLE DE PRÉLEVEMENT



Plaquettes

:

205       $10^3/\text{mm}^3$

140 - 385

$211\ 10^3/\text{mm}^3$   
(07/10/2020)

Laboratoire National de Référence  
Tél : 05.29.05.02.33  
E-mail : labo@fckm-hck.ma

Le 21/10/2020 à 12:07

Signature

RAZIK Nadia

**Laboratoire National de Référence**

Boulevard mohamed Taieb Naciri, BP 82403 Casa Oum Rabii, Hay Hassani, Casablanca. Téléphone: +212 529 050233, Courriel: [lnr@fckm.ma](mailto:lnr@fckm.ma)  
Conformément aux textes en vigueur, votre échantillon biologique pourra être éliminé, utilisé et/ou transféré à des fins scientifiques ou de contrôles qualité, hors génétique humaine, de manière anonyme et respectant le secret médical sauf opposition formulée auprès de notre secrétariat médical.

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° **103 539** / 2020 du **21/10/2020**

Nom patient : **EL BADA SAID**

Entrée **21/10/2020**

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie **21/10/2020**

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
EXAMENS BIOLOGIE	<b>1,00</b>	B0080	<b>96,00</b> Sous-Total	<b>96,00</b> 96,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>96,00</b>

*Arrêtée la présente facture à la somme de :*

QUATRE-VINGT-SEIZE DIRHAMS	<b>Total</b>	<b>96,00</b>

Encaissements	Chèque	Total encaissé	Solde
	<b>96,00</b>	<b>96,00</b>	<b>0,00</b>

Ref Chq : n 401140 atwb/

Laboratoire National de Référence  
Tel: 05 29 05 72 33  
E-mail: labo@celm.hnk.ma

CASABLANCA

## Reçu de caisse

N° : 20102109042023201 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2000263490	EL BADA SAID	21/10/2020

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Chèque	n 401140 atwb Lui-même	96,00
PAYANT	Total payé	96,00
QUATRE-VINGT-SEIZE DIRH		

Reçu établi par : SALJAR

Laboratoire National de Référence  
Tél : 05 29 07 02 33  
E-mail : labo@felin-hkzda.ma