

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 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

- 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'Horizon



Déclaration de Maladie

N° W19-580279

N°: 50440

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5198 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : El Hadad Said

Date de naissance : 20/03/1997

Adresse : 9 place l'alair, casablanca

Tél : 0661183471 Total des frais engagés : 95

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 21/10/2020

Nom et prénom du malade : El Hadad Said

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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

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

Fait à : Casablanca Le : 21/10/2020

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ 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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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

INP :

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D G
00000000 00000000
35533411 11433553
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة طبية
Ordonnance

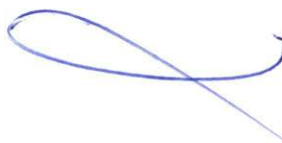
Casablanca, le :

21/10/20

SAID EL BADA

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

NFS a pty



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

Edité 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	:	3.47	10 ¹² /l	4.08 - 5.6	3.31 10 ¹² /l (07/10/2020)
Hémoglobine	:	11.8	g/dl	12.9 - 16.7	11.4 g/dl (07/10/2020)
Hématocrite	:	33.9	%	38 - 49	31.7 % (07/10/2020)
VGM	:	97.7	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	:	34.0	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-lnr.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.

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

Edité le : 21/10/2020 à 12:07

EL BADA SAID

Dossier N° : 20103415

Service : SALLE DE PRÉLEVEMENT



Plaquettes

:

205 10³/mm³

140 - 385

211 10³/mm³
(07/10/2020)

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
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	1,00	B0080	96,00	96,00
			Sous-Total	96,00
Total Frais Clinique				96,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
QUATRE-VINGT-SEIZE DIRHAMS	Total 96,00

Encaissements		Chèque			Total encaissé	Solde
		96,00			96,00	0,00

Ref Chq : n 401140 atwb/

Laboratoire National de Référence
Tél: 05 29 03 53 45
E-mail: labo@nkr.ma

Reçu de caisse

N° : 2010210904202320 / 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 Nationale Référence
Tél : 05 29 67 02 33
E-mail : labo@hopm-ick.ma