

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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.

Biologie 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.

Education :

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

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'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

N° P19- 0041515

ND: 51425

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5198

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL BADIA Saïd

Date de naissance : 20.10.1937

Adresse : 9 place Bel Aïn Casablanca

Tél. : 0661183471

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 09.09.2020

Nom et prénom du malade : EL BADIA Saïd Age : 83 ans

Lien de parenté : Lui-même Compagnon Enfant

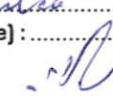
Nature de la maladie :

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 : 16/09/2020


ACCUEIL

8

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
09.01.20	Chirurgie			
09.01.20	Chirurgie			
09.01.20	Chirurgie			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
 Tél : 05.29.05.02.33 E-mail : labo@clm.hcm.fr	16/09/2011	Plaie B=8,0 fm	96,00 €

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

ctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

08/08/2020

Mr EL BADA SAID

NFS - Pg

L'ordonnance va au fil de la référence
Tél : 05.29.05.02.33
E-mail : latbn@fckm-hck.ma

Pr. Aza, ISM
Oncologie Médicale
Hôpital Cheikh Khalifa - Casablanca
091176206

Reçu de caisse

N° : 2009160830372320 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2000249671	EL BADA SAID	16/09/2020

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Chèque	N 004087 ATWB Lui-même	96,00
PAYANT	Total payé	96,00
QUATRE-VINGT-SEIZE DIRH		

Reçu établi par : SAL.JAR

Laboratoire National de Référence
Tel: 0529.05.02.33
E-mail: tabb@ckm-hck.ma

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° **89 663** / 2020 du **16/09/2020**

Nom patient : **EL BADA SAID**

Entrée **16/09/2020**

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie **16/09/2020**

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
EXAMENS BIOLOGIE	1,00	B0080	96,00 Sous-Total	96,00 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 004087 ATWB/

Faculté de Médecine de Casablanca
Tél : 05 29 05 01 33
E-mail : jahot@fckm-ick.ma

Identifiant du patient : H0120006592

Date de naissance : 20/03/1937

Sexe : M

Date de l'examen : 16/09/2020

Prélevé le : 16/09/2020 à 08:38

Édité le : 16/09/2020 à 10:10

EL BADA SAID
Dossier N° : 20092518

Service : SALLE DE PRÉLEVEMENT


HEMATOLOGIE CELLULAIRE

NUMÉRATION FORMULE SANGUINE

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

LIGNÉE ROUGE

Hématies	:	3.34	10 ¹² /l	4.08 - 5.6	3.53 10 ¹² /l (02/09/2020)
Hémoglobine	:	11.5	g/dl	12.9 - 16.7	12.0 g/dl (02/09/2020)
Hématocrite	:	31.5	%	38 - 49	33.1 % (02/09/2020)
VGM	:	94.3	fl	83 - 97	93.8 fl (02/09/2020)
CCMH	:	36.5	g/dl	32.3 - 36.1	36.3 g/dl (02/09/2020)
TCMH	:	34.4	pg	27.8 - 33.9	34.0 pg (02/09/2020)

LIGNÉE BLANCHE

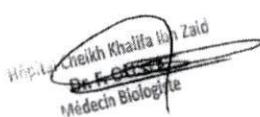
Leucocytes	:	4.80	10 ³ /mm ³	3.8 - 10.0	4.51 10 ³ /mm ³ (02/09/2020)
P. Neutrophiles	:	55.1	%	2.64 10 ³ /mm ³ 1.6 - 5.9	68.3 % (02/09/2020)
P. Eosinophiles	:	1.5	%	0.07 10 ³ /mm ³ 0.03 - 0.50	2.2 % (02/09/2020)
P. Basophiles	:	1.7	%	0.08 10 ³ /mm ³ < 0.09	1.1 % (02/09/2020)
Lymphocytes	:	34.2	%	1.64 10 ³ /mm ³ 1.07 - 4.10	24.2 % (02/09/2020)
Monocytes	:	7.5	%	0.36 10 ³ /mm ³ 0.23 - 0.71	4.2 % (02/09/2020)

PLAQUETTES

Plaquettes	:	222	10 ³ /mm ³	140 - 385	165 10 ³ /mm ³ (02/09/2020)
------------	---	-----	----------------------------------	-----------	--

Le 16/09/2020 à 10:10
 Signature

Dr. OUSTI Fadwa



Laboratoire National de Référence
 0529.05.02.33
 labo@fckm-hck.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.