

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

nditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

ntaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

ladie 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1043 Société : LAITOUR Mohamed

Actif Pensionné(e)

Autre : Rekrut 51970

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 02 52 39 94 88

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) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº M20-02815

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

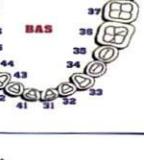
Date de dépôt :

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRE		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des
					Montant des soins
					Début d'exécution
					Fin d'exécution
					Coefficient des travaux
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire			
		D	H 25533412 00000000 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	Montant des soins
			(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		Date du devis
					Fin de

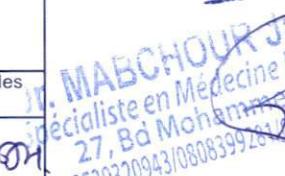


W18-378679

DATE DE DEPOT

...../...../201..

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme 1003	
Nom & Prénom LAHOUI Mohamed			
Fonction Retraite		Phones 03999455	
Mail			
MEDECIN	Prénom du patient LAHOUI mohamed		
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>		Age 01/06/51	Date
Nature de la maladie SRO bronchite		Date 1ère visite	
Rhumatisme articulaire + Sclerose maladie			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
C2	25-		
ECH-ABD	2-	450.00	
PHARMACIE	Date		
Montant de la facture			
ANALYSES - RADIOPHARIES		Date : 08/10/2012	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
B108J	1470.00		
AUXILIAIRES MEDICAUX Date :			
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV







عيادة الطب الباطني

CABINET DE MEDECINE INTERNE



Dr. MABCHOUR Jamal

Spécialiste en Médecine Interne

Certificat de Permis de Conduire

الدكتور مبشر جمال

أخصائي في الطب الباطني

شهادة رخصة السياقة

Tanger, le

طجة، في

7/6/2009
9th CAKour
TANGER

① IMM phlebotyse

lymphadénite

② CRP

CRP

ASAT
AST

GB 21 f.

Rey adhésif

GB 14 f.

Dr fector a repeler

Dr. MABCHOUR Jamal
Spécialiste en Médecine Interne
Tél.: 05 39 32 09 43 - 08 08 39 92 81 - 06 66 95 04 37

LABORATOIRE SEKHA
R.D.C. 70, Bd. de la Résistance A Tanger
Tél.: 05 39 32 09 43 13 14 15 16 17 - Fax: 05 39 34 34 04
NPE 1630001057

27، شارع محمد الخامس، عمارة التجاري وفابنك (قرب البريد المركزي) - طجة

27, Bd. Mohammed V, Imm. Attijari Wafa Bank (à côté de la Poste) - TANGER

الهاتف : 05 39 32 09 43 - 08 08 39 92 81 - 06 66 95 04 37

Reçu : LABORATOIRE SEKKAT D'ANALYSES MEDICALES

Tél. : 0539 34 13 13 - Fax: 0539 34 34 04

TANGER

Le : 08/10/20

Dossier : **20J482**

B : **1080**

de : **Monsieur LAHOUI MOHAMMED**

75552 Montant total : **1 472,20 DH**

Analyses : NFS GOT GPT CRP IPT

Montant du : **1 470,00 DH**

Montant payé : **1 470,00 DH**

Reste : **0,00 DH**

LABORATOIRE SEKKAT D'ANALYSES MEDICALE

RDC, 70 Bd de la Résistance (Ex Quevedo)
TANGER
INPE: 163001027
Tél. : 0539 34 13 13 - Fax.: 05 39 34 34 04
E. Mail: labosek2@gmail.com

Docteur Moncef SEKKAT
Pharmacien Biogiste
ICE: 001619062000025
If: 83100121 Patente: 50483100 CNSS 2481373
BMCI: 013 640 01063 001284 001 81 92

Tanger le 8 octobre 2020

Monsieur LAHOUI MOHAMMED

FACTURE N°	96370
------------	-------

Analyses :

Numération formule sanguine -----	B	80	
Transaminases SGOT (ASAT) -----	B	50	
Transaminases SGPT (ALAT) -----	B	50	
Protéine C réactive -----	B	100	
Immuno-phenotypage lymphocytaire -----	B	800	Total : B 1080

Prélèvements :

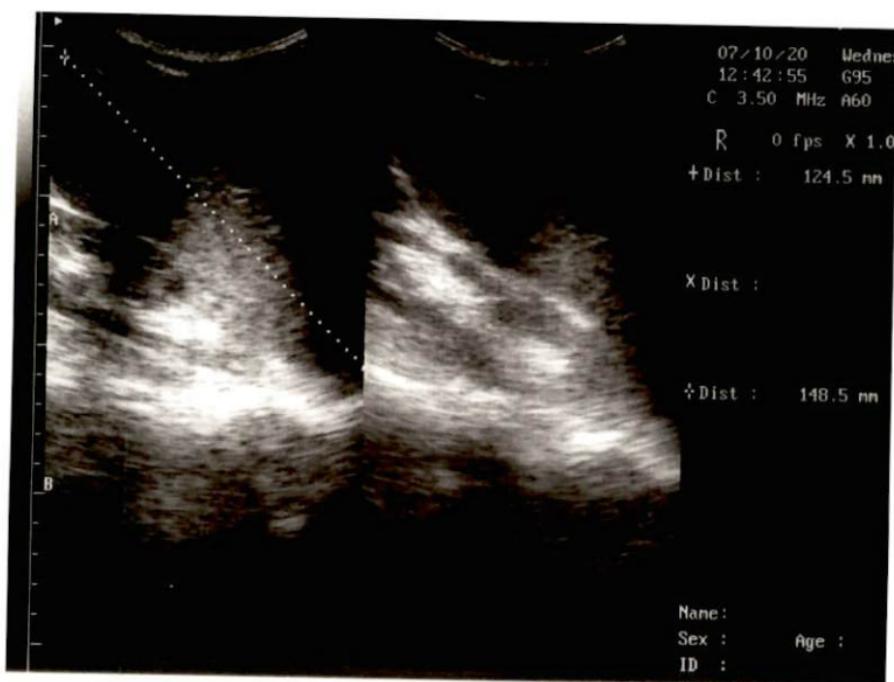
Sang-----	Pc	2
-----------	----	---

TOTAL DOSSIER	1 470,00 DH
---------------	-------------

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Mille Quatre Cent Soixante Dix Dirhams

LABORATOIRE SEKKAT
R.D.C. 70 Bd de la Résistance
Tél: 0539 34 13 13 - Fax: 05 39 34 34 04
INPE 163001027



foie
scl. \Rightarrow
inflammation
trans phenotypic
lympho cytes

- Foie Hépatite chronique

- Rate Splénomégalie

- Reins

CP Scl 140 mm

MABCHOUR Jamal
Spécialiste en Médecine Interne
27 Bd Mohammed V
0130839921/0666950437

LABORATOIRE SEKKAT D'ANALYSES MEDICALES

RDC, 70 Bd de la Résistance (Ex Quevedo)
TANGER

Tél. : 0539 34 13 13 - Fax.: 05 39 34 34 04
E. Mail: labosek2@gmail.com

Docteur Moncef SEKKAT
Pharmacien Biologiste
Ancien interne des Hopitaux de Montpellier

Dossier ouvert le : 08/10/20

Prélèvement effectué à 09:45

Edition du : 16/10/20

Monsieur LAHOUI MOHAMMED

DN : 01/06/1951

Docteur JAMAL MABCHOUR

Réf. : 20J482

Page : 1/2

Compte Rendu d'Analyses

HEMATOLOGIE

NUMERATION FORMULE SANGUINE-RETICULOCYTES (AUTOMATE SYSMEX XT2000)

			Normales	Antériorités
			(Homme Adulte)	
				02/10/20
HEMATIES -----:	4,00	* M/mm ³	4,4 - 5,7	4,07
HEMOGLOBINE -----:	10,7	* g/100 ml	13,5 - 17,5	10,9
HEMATOCRITE -----:	34,0	* %	40 - 50	34,4
- VGM -----:	85	µl ³	85 - 95	85
- CCMH -----:	31,5	g/100 ml	30 - 36	31,7
- TCMH -----:	26,8	pg	26 - 32	26,8
PLAQUETTES -----:	84 000	* /mm ³	150000 - 400000	113000
LEUCOCYTES -----:	18 850	* /mm ³	4000 - 10000	21710
NEUTRO. : 19,1 % (VN: 40 - 75) soit-----	3 600	/mm ³	2000 - 7500	4233
EOSINO. : 4,1 % (VN: 1 - 4) soit-----	773	/mm ³	100 - 400	651
BASO. : 0,3 % (VN: < 1) soit-----	57	/mm ³	< 150	43
LYMPHO. : 62,4 % (VN: 20 - 45) soit-----	11 762	/mm ³	1500 - 4000	15870
MONO. : 14,1 % (VN: 2 - 8) soit-----	2 658	/mm ³	200 - 800	912

ASPECT SUR FROTTIS :Lymphocytose, faite de petits lymphocytes murs.

CHIMIE DU SANG (AUTOMATE ROCHE: INTEGRA 400+)

SGOT (ASAT) à 37 °C -----:	44	* UI/l	< 36
SGPT (ALAT) à 37 °C -----:	21	UI/l	< 45
PROTEINE C REACTIVE (seuil: 0,1mg/l) -----:	6,4	* mg/l	< 5

Dr. Moncef SEKKAT
R.D.C. 70, Bd. de la Résistance - Tanger
Tél: 05 39 34 13 13 - Fax: 05 39 34 34 04
IMPE 163001027

LABORATOIRE SEKKAT D'ANALYSES MEDICALES

**RDC, 70 Bd de la Résistance (Ex Quevedo)
TANGER**

Tél. : 0539 34 13 13 - Fax.: 05 39 34 34 04
E. Mail: labosek2@gmail.com

**Docteur Moncef SEKKAT
Pharmacien Biogiste
Ancien interne des Hopitaux de Montpellier**

Dossier ouvert le : 08/10/20

Prélèvement effectué à 09:45

Edition du : 16/10/20

Monsieur LAHOUI MOHAMMED

DN : 01/06/1951

Docteur JAMAL MABCHOUR

Réf. : 20J482

Page : 2/2

Compte Rendu d'Analyses

ANALYSES SPECIALISEES

Dr. Moncef SEKKAT
R.D.C. 70 Bd de la Résistance - Tanger
Tél.: 05 39 34 13 13 - Fax: 05 39 34 34 04
Fax: 05 39 34 13 27