

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

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 0045264

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) **18239**

Matricule : **2371** Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : **TOUHANI MOHAMED**

Date de naissance : **12/02/1951**

Adresse : **RTE EL JADIDA RES QAY IMM6**

APT 602 CASA

Tél. : **06 01 83 44 52** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **24 JAN 2020**

Nom et prénom du malade : **T. Touhany** Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **As-Hépatite**

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 : **CASA 24/01/2020** Le : **24/01/2020**

Signature de l'adhérent(e) : **[Signature]**



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
24 JAN 2020		01	110 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
	24/01/2020	5978,50 =

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	24.01.20	B: 24B + PC	354 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVÉ 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'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Amine JOUNDY

Médecine Générale
et Homéopathie



الدكتور أمين جندي
الطب العام

Casablanca, le 24 JAN 2020 في الدار البيضاء،

N° Touhami Mohamed

79,50

Dynatens Cp.



Lot : 180469
A consommer de
préférence avant le : 08/2021
PPC : 79.50 dh

Dynatens
comprimé

1 Cp x 2 pour palt Amasus

PHARMACIE KHALEF AZEDINE SARL
17, Rue KHALEF Azzedine
13, Rue Sijilmassa Belvédère
Casablanca - Tél.: 05 22 24 26 43

Docteur JOUNDY Amine
Médecin Généraliste
75, Rue Taha Houcine, Qt Gauthier
Casablanca - Tél.: 05 22 27 43 27

code INPE



091163550

75, Zénqa Taha Hussein (Galilée سابقا)، الطابق الأول - 20060 الدار البيضاء
75, Rue Taha Houcine, (ex Galillée), 1^{er} étage, Quartier Gauthier 20060 - Casablanca
Tél. / Fax : 05 22 27 43 27 - E-mail : amine.joundy@gmail.com - Site web : www.dr-joundy-amine.ma

Dr. Amine JOUNDY

Médecine Générale
et Homéopathie



الدكتور أمين جندي
الطب العام

Casablanca, le 24 JAN 2020 في الدار البيضاء،

N° Touhami Achmed

Renseignements: Asthme + hypertension

Ajcin

1) NFS

2) CRP

3) Glycémie a jeun

DAXK 3712
LABORATOIRE OSMAN
Résidence BENOMAR
Maarif - CASABLANCA
Tel: 0522.25.13.29 - Fax: 0522.25.12.27
www.laboratoireosman.com

code INPE



091163550

Docteur JOUNDY Amine
Médecin Généraliste
75, Rue Taha Houcine, Qt Gauthier
Casablanca - Tél: 0522 27 43 27

75, زنقة طه حسين (غاليلي سابقا)، الطابق الأول - 20060 الدار البيضاء
75, Rue Taha Houcine, (ex Galillée), 1^{er} étage, Quartier Gauthier 20060 - Casablanca
Tél./ Fax : 05 22 27 43 27 - E-mail : amine.joundy@gmail.com - Site web : www.dr-joundy-amine.ma

Laboratoire Osman

Analyses médicales

Rés. Benomar: 21,rue Abou Abdellah Nafii - Maârif-CASABLANCA

Tél.: 0522.251329 / 0522.251222 Fax: 0522.251222

IF 40704810

PATENTE 35701216

CNSS 1159715

RC 188604

ICE 001664600000071

E-mail : faridosman@menara.ma

Site web: www.laboratoireosman.com

Facture réf.: 0AXK3712



ICE 001664600000071

Horaire continu: 8h à 17h
Samedi : 8h à 12h 30

Date: 24/01/2020

Organisme:

Nom et Prénom: TOUHAMI MOHAMED

Code ID4941

Référence: 0AXK3712



Médecin: JOUNDY AMINE

Analyses demandées

NFP=B82 CRP=B100 GLS=B45 PC1=B21

Net à payer : 354.00 Dh

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

TROIS CENT CINQUANTE QUATRE Dhs 00 Cts

LABORATOIRE OSMAN
Résidence BENOMAR
Maârif - CASABLANCA
Tél: 0522.25.13.29 - Fax: 0522.25.12.2
www.laboratoireosman.com
cachet et signature



Casablanca le 24/01/2020	Prélèvement du 24/01/2020	Mr. TOUHAMI MOHAMED
Organisme		Référence: 0AXK3712 IPP: 1D4941
Code Patient 1D4941		Médecin: Dr. JOUNDY AMINE

*WhatsApp
24.01.20*

page 1/1

HEMATOLOGIE

NUMERATION GLOBULAIRE

		val. usuelles	valeurs usuelles
Globules rouges.....	4.79 M/mm ³	(4,5 à 6,5)	4.92 (25/12/1)
Hemoglobine.....	14.1 g/dl	(13.0 à 18.0)	14.4 (25/12/1)
Hematocrite	42.5 %	(40 à 54)	42.4 (25/12/1)
V.G.M	89. µ ³	(60 à 97)	86. (25/12/1)
T.C.M.H.....	29. pg	(27 à 32)	29. (25/12/1)
C.C.M.H.....	33. %	(32 à 36)	34. (25/12/1)
Plaquettes	288000 /mm ³	(150.000 à 400.000)	280000 (25/12/1)
Globules blancs.....	8400 /mm ³	(4.000 à 11.000)	6000 (25/12/1)

FORMULE LEUCOCYTAIRE

Polynucléaires neutrophiles.....	69 % Soit...: 5796./mm ³	(2000 à 7500)	66% Soit. (25/12/1)
Polynucléaires éosinophiles.....	3 % Soit...: 252. /mm ³	(< à 400)	0% Soit. (25/12/1)
Polynucléaires basophiles.....	0 % Soit...: 0. /mm ³	(< à 400)	0% Soit. (25/12/1)
Lymphocytes.....	24 % Soit...: 2016./mm ³	(1500 à 4000)	28% Soit. (25/12/1)
Monocytes	4 % Soit...: 336. /mm ³	(200 à 800)	6% Soit. (25/12/1)

MORPHOLOGIE

Globules rouges.....: normaux
Plaquettes.....: normales

BIOCHIMIE - EXAMEN DE SANG

		val. usuelles
Protéine C Réactive.....	12 mg/l	(< à 6) <6 (17/04)
Glycémie.....	0.83 g/l	(0.70 à 1.05) 0.81 (25/12)

Farid Osman
Directeur