

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.

adiologie 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.

ptique :

- 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.

entaire :

- 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.

aladie 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

3312 N° P19-0046869

Maladie

Dentaire

Optique *ND lang* Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3312 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : HASSAH Nohoune

Date de naissance : 1958

Adresse : Bouskoura Rue Rafa N° 63

Tél. 0605809572 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. ESSOUBI Abderrahim
Omnipraticien
128, Bd Mohamed V Berrechid
Tél: 05 22 33 75 70
06 50 43 56 34

Date de consultation : 23.12.2019

Nom et prénom du malade : HASSAH FATHIA ESSOUBI Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : *Sousc d'Anémie e. M. François*

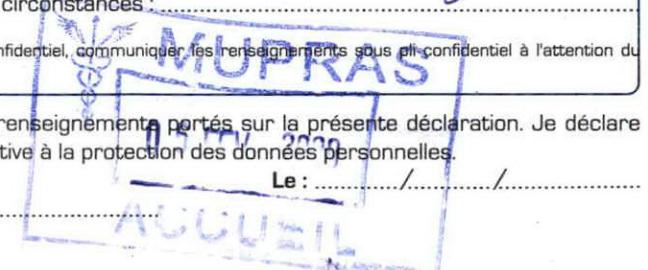
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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) : *HASSAH*



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 23/11/19 | 0 | 1 | 160,00 | Dr. ESSAÏD Abderrahim Unanesthésiste et Bérechta 128, Bd Mohamed V 22 33 75 70 06 50 43 58 34 |
| 24/11/19 | consult | | G. 00 | |
| 1 DEC. 2019 | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 de l'ORL.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Abderrahim ESSOUBI

OMNIPRATICIEN
ECHOGRAPHIE GENERALE

INPE : 061062402

الدكتور عبد الرحيم السوبسي

الطب العام
الفحص بالصدى

Berrechid, le 31 DEC. 2019

Nom : HAIAH
Pds : FATHIMA ZAHRA
TA :

دیگ نون 500 (800)
14 دیگ
دی 2 دیگ 500 دی
نیک

Dr. ESSOUBI Abderrahim
128, Bd. Mohamed V Berrechid
Tél. 05 22 33 75 70
Fax 06 50 43 56 34

128، شارع محمد الخامس - برشيد - هاتف وفاكس : 05 22 33 75 70
128, Boulevard Mohamed V - BERRECHID - Tél./Fax : 05 22 33 75 70
GSM : 06 50 43 56 24

Dr. Abderrahim ESSOUBI

OMNIPRATICIEN
ECHOGRAPHIE GENERALE

INPE : 061062402

الدكتور عبد الرحيم السوببي

الطب العام
الفحص بالصدى

Berrechid, le 23 DEC. 2019

Nom : AADIAH
Pds : FAATIMA ZAHRA

TA :

جنس: ♂ + D3
: MPS + Femal

Dr. ESSOUBI Abderrahim
Omnipraticien
128, Boulevard Mohamed V Berrechid
Tél. 0522 33 75 70
Fax 050 43 56 34

LABORATOIRE CENTRALEERRAZI
BERRECHID
Dr Abdelhamid HAWAZINE
Pharmacien Biologiste

128، شارع محمد الخامس - برشيد - هاتف وفاكس : 05 22 33 75 70
128, Boulevard Mohamed V - BERRECHID - Tél./Fax : 05 22 33 75 70
GSM : 06 50 43 56 24

FACTURE N° : 19009603

BERRECHID : 23/12/2019

Nom et Prénom ... : Mademoiselle FATIMA ZAHRA HAIAH

Prescripteur : Dr. Essoubi abderrahim

Bilan :

NFS B80+ FERR B250+ VITD B300+

Montant Net : 703,00 Dhs

Arrêtée la présente facture à la somme de:

Sept cent trois Dirhams et zéro centime

Dr. A HAWAZINE

LABORATOIRE CENTRALE ERRAZI

Dr. Abdelhamid HAWAZINE
Pharmacien Biologiste

LABORATOIRE CENTRALE ERRAZI

Dr. Abdelhamid HAWAZINE
Pharmacien Biologiste



INPE 063060990

Dr. Essoubi abderrahim

Date du prélèvement : 23/12/19

Dossier édité le : 23/12/2019

Code Patient : 78670



Mlle HAIAH FATIMA ZAHRA

Page : 1 / 2

Prélèvement Effectué au Laboratoire

231219 112

HEMATOLOGIE

ABX PENTRA 60

Valeurs de référence

Antécédents

HEMOGRAMME sur Automate ABX Pentra 60 (HORIBA)

| | | | |
|-----------------------|------------|------------|---------------------|
| GLOBULES ROUGES | : 5,11 | M/ μ l | (3,8 à 5,4) |
| HEMOGLOBINE | : 14,40 | g/dL | (12,5 à 15,5) |
| HEMATOCRITE | : 43,20 | % | (37 à 47) |
| V.G.M | : 84,54 | μ 3 | (82 à 98) |
| T.C.M.H | : 28,18 | pg | (>OU= 27) |
| C.C.M.H | : 33,33 | % | (32 à 36) |
| PLAQUETTES | : 217 000 | /mm3 | (150 000 à 400 000) |
| GLOBULES BLANCS | : 9 740,00 | /mm3 | (4 000 à 10 000) |

FORMULE LEUCOCYTAIRE :

| | | | |
|--------------------------------|------------|------|-----------------|
| POLYNUCLEAIRES NEUTROPHILES .. | : 70,00 | % | |
| Soit | : 6 818,00 | /mm3 | (1 800 à 7 500) |
| POLYNUCLEAIRES EOSINOPHILES .. | : 2,000 | % | |
| Soit | : 194,8 | /mm3 | (100 à 400) |
| POLYNUCLEAIRES BASOPHILES .. | : 0,00 | % | |
| Soit | : 0,0 | /mm3 | (0 à 200) |
| LYMPHOCYTES | : 22,00 | % | |
| Soit | : 2 142,8 | /mm3 | (1 000 à 4 500) |
| MONOCYTES | : 6,00 | % | |
| Soit | : 584,4 | /mm3 | (2 00 à 1 000) |
| TOTAL..... | : 100,00 | % | |

ENDOCRINOLOGIE

Valeurs de référence

Antécédents

FERRITINE: 21.19 ng/ml 13 à 232

Par Chimiluminescence sur Architect abbott

LABORATOIRE MEDICALESERRAZI
BERRECHID
Dr Abdellah HAWAZINE
Pharmacien Biologiste

Dr. Essoubi abderrahim

Date du prélèvement : 23/12/19

Dossier édité le : 23/12/2019

Code Patient : 78670



Mlle HAIAH FATIMA ZAHRA

Page : 2 / 2

Prélèvement Effectué au Laboratoire

231219 112

VITAMINES

MAGLUMI 2000

Valeurs de référence

Antécédents

VITAMINES D2/D3 (25 Hydroxy-vitamine D)

Résultat : 148,80 ng/ml
 Soit : 372,00 nmol/l



Interprétation :

| | | |
|-------------|------------|-------|
| Carence | : < à 10 | ng/ml |
| Insuffisant | : 10 - 29 | ng/ml |
| Normal | : 30 - 100 | ng/ml |
| Toxicité | : > à 100 | ng/ml |

LABORATOIRE CENTRAL MEDICALSERRAZI
 BERRECHID
 Dr Abdellah HAWAZINE
 Pharmacien Biologiste