

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

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



Déclaration de Maladie

7312 N° P19-0046869

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique **ND long** ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7312 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HADJAH Mohamed

Date de naissance : 1958

Adresse : Berrechid Rue RAFAH N° 63

Tél. 0605 819572 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 58 34

Date de consultation : 23/12/2019

Nom et prénom du malade : HADJAH FATIMA ELKHAR Age:

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : Suivi d'Affection Longue Durée

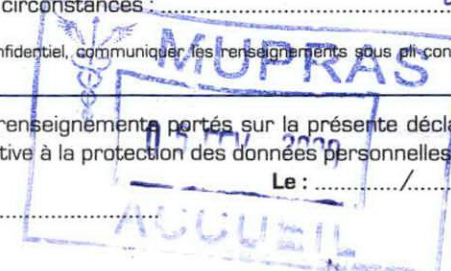
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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) :



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
23/12/2019		1	1500	Dr. ESSOUFI Abdelhamid 128, 05 22 33 75 70 06 50 43 58 34

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
LABORATOIRE D'ANALYSES BERRI Dr Abdelhamid Pharmacien Biologiste	23/12/19		703,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

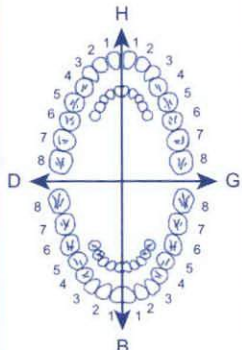
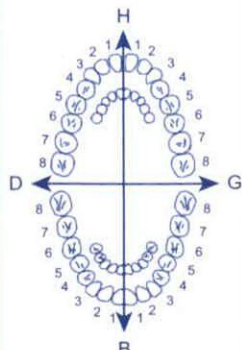
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																						
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																					
				MONTANTS DES SOINS																					
				DEBUT D'EXECUTION																					
				FIN D'EXECUTION																					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table> <tr> <td>H</td><td></td><td>H</td></tr> <tr> <td>25533412</td><td>21433552</td><td></td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>D</td><td></td><td>G</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td><td></td></tr> <tr> <td>B</td><td></td><td></td></tr> </table>			H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Dr. Abderrahim ESSOUBI

OMNIPRATICIEN

ECHOGRAPHIE GENERALE

INPE : 061062402

الدكتور عبد الرحيم السوبي

الطب العام

الفحص بالصدى

Berrechid, le 31 DEC. 2019

Nom : *HAIHA*
Pds : *FATIMA ZAHRA*
TA :

diagnose (globe)

1er 2e 3e 4e 5e 6e 7e 8e 9e 10e 11e 12e 13e 14e 15e 16e 17e 18e 19e 20e 21e 22e 23e 24e 25e 26e 27e 28e 29e 30e 31e 32e 33e 34e 35e 36e 37e 38e 39e 40e 41e 42e 43e 44e 45e 46e 47e 48e 49e 50e 51e 52e 53e 54e 55e 56e 57e 58e 59e 60e 61e 62e 63e 64e 65e 66e 67e 68e 69e 70e 71e 72e 73e 74e 75e 76e 77e 78e 79e 80e 81e 82e 83e 84e 85e 86e 87e 88e 89e 90e 91e 92e 93e 94e 95e 96e 97e 98e 99e 100e

Dr. ESSOUBI Abderrahim
128, Bd. Omnipraticien
Tél. / Fax : 05 22 33 75 70
GSM : 06 50 43 56 34

Dr. Abderrahim ESSOUBI

OMNIPRATICIEN

ECHOGRAPHIE GENERALE

INPE : 061062402

الدكتور عبد الرحيم السوبي

الطب العام

الفحص بالصدى

Berrechid, le 23 DEC 2019

Nom :

ADIAH
FATIMA ZAHRA

Pds :

TA :

Jeune : U + D3
NPS + fémur

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

LABORATOIRE CENTRALE ERRAZI
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 CENTRAL ERRAZI
BERRECHID
Dr Abdelhamid HAWAZINE
Pharmacien Biologiste

LABORATOIRE CENTRAL ERRAZI
BERRECHID
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	/mm ³	(150 000 à 400 000)
GLOBULES BLANCS	: 9 740,00	/mm ³	(4 000 à 10 000)
FORMULE LEUCOCYTAIRE :			
POLYNUCLEAIRES NEUTROPHILES	: 70,00	%	
Soit	: 6 818,00	/mm ³	(1 800 à 7 500)
POLYNUCLEAIRES EOSINOPHILES	: 2,000	%	
Soit	: 194,8	/mm ³	(100 à 400)
POLYNUCLEAIRES BASOPHILES	: 0,00	%	
Soit	: 0,0	/mm ³	(0 à 200)
LYMPHOCYTES	: 22,00	%	
Soit	: 2 142,8	/mm ³	(1 000 à 4 500)
MONOCYTES	: 6,00	%	
Soit	: 584,4	/mm ³	(200 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 CENTRAL ERRAZI
BERRECHID
Dr Abdelhakim HAMZINE
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 ERRAZI
BERRECHID
Dr Abdelhakim HAWAZINE
Pharmacien Biologiste