

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.

N° W19-515790

ND = 20529

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	6395	Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : HOUARADI MOHAMMED			
Date de naissance : 07/02/1965			
Adresse : Cité Ouled Ziane Immeuble Ain Boughaïa			
Tél. : 0668173978 Total des frais engagés : 230,00 Dhs			

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> Dr. Saâdia ZAFAD Professeur Agrégée Hématologie - Oncologie CLINIQUE AL MADINA Tél: 05 22 77 77 40 à 48 <small>GSM: 06 52 54 23 07</small> </div>	
Date de consultation :	27/01/2011
Nom et prénom du malade :	FARCIER EP ET
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 : Agadir le 27/01/2011

Signature de l'adhérent(e) :

ndm

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
7/10/2020	Consultation	1	10000	INP : 0910381 Dr. Saâdia ZAFAR Professeur Agrégée Hématologie - Oncologie CLINIQUE AL MADID Tél: 05 22 77 77 40 à 41

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

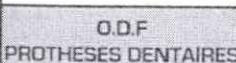
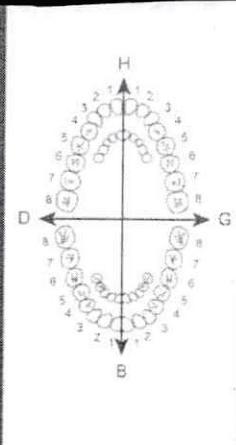
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE EL AMAL BIOLOGIE MEDICALE Bd. El Fida Bd. Abdellah CASABLANCA T.M.	30/01/20	3200,-	230,01A

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

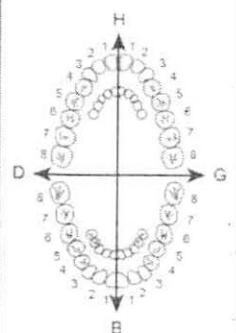
VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



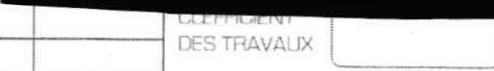
DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
<hr/>	
00000000	00000000
25533411	11433553



[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Saadia ZAFAD

Professeur Agrégée
Hématologie Clinique
Adultes - Enfants
Oncologie Pédiatrique
Greffé de Moelle

RDV le
27/07/2022
à 11h20

الدكتورة السعدية زفاص
أستاذة مبرزة
أمراض الدم
البالغين والأطفال
سرطان الطفل
زراعة النخاع

Casablanca, Le : 25/07/2022

Nom / Prénom : Faïche Jamila

Age :

Renseignements cliniques :

- | | |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> NFS + plaquettes | <input type="checkbox"/> Myélogramme |
| <input type="checkbox"/> Réticulocytes | <input type="checkbox"/> Natrémie |
| <input type="checkbox"/> Urée | <input type="checkbox"/> Kaliémie |
| <input type="checkbox"/> Créatinine | <input type="checkbox"/> Calcémie |
| <input type="checkbox"/> ASAT / ALAT | <input type="checkbox"/> Acide urique |
| <input type="checkbox"/> GGT | <input type="checkbox"/> Sérologie HBS |
| <input type="checkbox"/> Phosphatases Alcalines | <input type="checkbox"/> Sérologie HCV |
| <input type="checkbox"/> Bilirubine | <input type="checkbox"/> Sérologie HIV |
| <input type="checkbox"/> VS | <input type="checkbox"/> LDH |
| <input checked="" type="checkbox"/> CRP | <input type="checkbox"/> B2microglobuline |
| <input type="checkbox"/> Ferritine | <input type="checkbox"/> Electrophorése des protides |
| <input type="checkbox"/> Glycémie à jeun | <input type="checkbox"/> Protéinurie des 24h |
| <input type="checkbox"/> Fibrinogéne | <input type="checkbox"/> Electrophorése de l'hémoglobine |
| <input type="checkbox"/> TP | |
| <input type="checkbox"/> TCK | |
| <input type="checkbox"/> D-Dimères | |
| <input type="checkbox"/> Autres | |

Dr. Saadia ZAFAD
Hématologue Clinique
Oncologue Pédiatrique
Centre d'Hématologie et d'Oncologie
Al Madina

LABORATOIRE EL AMAL
DE BIOLOGIE MEDICALE
Angle Bd. El Fida Bd. Abdellah Senh.
CASABLANCA
Tél: 05 22 82 87 74/25

LABORATOIRE EL AMAL DE BIOLOGIE MEDICALE

1, Angle Bd El Fida - Bd Abdellah SENHAJI - Hay El Amal 3, 1er étage

Téléphone :0522828714 - 0662124228 Fax :0522828725 Email: laboratoireelamal@yahoo.fr

ICE : 001679098000020 - Patente : N° 36727171 - IF : 44125570 - N° CNSS : 68598223 -

Facture

N° facture : **2001-0420**

Date : **30/01/2020**

Patient : **Mme FARCHE Jamila**

Analyses	Valeur en B	Montant
NUMERATION FORMULE SANGUINE + PLAQUETTES	100	134,00
Protéine C Réactive (CRP)	100	134,00
	Nombre B	200
	Prélèvement	0
	Total	230

LABORATOIRE EL AMAL
DE BIOLOGIE MEDICALE
1, Angle Bd. El Fida Bd Abdellah Senhaji
CASABLANCA
Tél : 05 22 82 67 14/25

*Arrêtée la présente facture à la somme de Deux Cent Trente Dirhams ****



Casablanca, le 30/01/2020

Compte rendu d'analyses

Dossier N° : 240120-001 Pvt du: 24/01/2020 9:21

Nom : Mme FARCHE Jamila

Demandé par Dr : ZAFAD Saadia

Duplicate

Page : 1/1

HEMATOLOGIE

Valeurs Usuelles

Antériorité

NUMERATION FORMULE SANGUINE

(Sysmex XS 1000 i - KX 21 N /Sang total EDTA)

Globules rouges	:	4,25	M/mm ³	(4 - 5,3)	4,53 (12/07/17)
Hémoglobine	:	13,40	g/dl	(12,5 - 15,5)	14,00 (12/07/17)
Hématocrite	:	37,80	%	(37 - 46)	43,60 (12/07/17)
VGM	:	88,94	μ ³	(80 - 95)	96,25 (12/07/17)
TCMH	:	31,53	pg	(28 - 32)	30,91 (12/07/17)
CCMH	:	35,45	%	(30 - 35)	32,11 (12/07/17)
Globules blancs	:	4830	/mm ³	(4000 - 10000)	5100 (12/07/17)
Plaquettes	:	255 000	/mm ³	(150000 - 400000)	197000 (12/07/17)

FORMULE LEUCOCYTAIRE

Polynucléaires Neutrophiles	:	55 %	Soit	2657/mm ³	(2000 - 7500)	2703 (12/07/17)
Polynucléaires Eosinophiles	:	1 %	Soit	48/mm ³	(Inférieur à 400)	102 (12/07/17)
Polynucléaires Basophiles	:	0 %	Soit	0/mm ³	(Inférieur à 150)	0 (12/07/17)
Lymphocytes	:	36 %	Soit	1739/mm ³	(1500 - 4500)	1989 (12/07/17)
Monocytes	:	8 %	Soit	386/mm ³	(40 - 800)	306 (12/07/17)
Au total	:	100 %	Soit	4830,00		

BIOCHIMIE

Valeurs Usuelles

Antériorité

Protéine C Réactive (CRP)	:	0,90	mg/l	(Inférieur à 5)
---------------------------	---	------	------	-------------------

LABORATOIRE M. A. M.
DE BIOLOGIE MÉDICALE
1, Angle Bd. El Hicheur - Bd. Hassan II
CASABLANCA
Tél : 05 22 82 87 14/07

Nous vous remercions de votre confiance

Dr. Z. BENAZZOUZ
Médecin Biologiste