

# 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 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.

## 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

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0020681

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

22688

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 873

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MEKKI CHIAD MJI Date de naissance :

Adresse :

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Fatima Zohra HAMIDI  
RADIOTHERAPIE  
Service de Radiothérapie Cinéologie  
CHU Hassan II - Casablanca

Date de consultation : ..... / ..... / ..... Age: .....

Nom et prénom du malade : ..... 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) : 

# 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
				<p>Dr. Fatima Zohra HAMIDI RADIOOTHERAPIE Service de Radiothérapie-Cancerologie de l'Hôpital de la Ville de Rabat</p>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
<p>LABORATOIRE ANALYSES : 2020-02-21</p>	21.02.2020	B.976 +1,0	1000,00

## AUXILIAIRES MEDICAUX

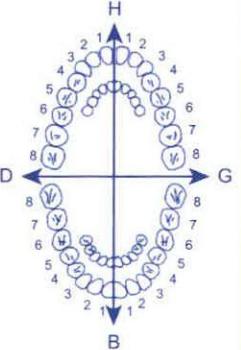
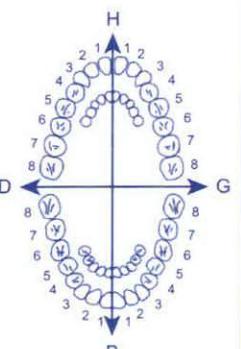
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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.

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			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	25533412 00000000	21433552 00000000	
D	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



PF chiacl nî Nekk.

①

Dosage vit D<sub>2</sub> - D<sub>3</sub>.

②

Blan li q:dig et  
s. l'an kip pat:je +  
Mus et expat

POLYCLINIQUE INTERNATIONALE  
RIAD ANNAKHIL  
Secteur 11, Bloc W, N°4, Av. Annakhil  
Hay Riad - Rabat  
Tél.: +212 537 542 000  
E-mail : contact@pira.ma

LABORATOIRE BENNIS  
ANALYSES MEDICALES  
26 Rue d'Iran, El Mouda Centre  
Tél: 0537 661 20 88 Fax: 0537 661 09 63

Dr. Fatima Zohra HAMIDI

RADIOTHERAPIE  
Service de Radiothérapie-Oncologie  
de l'HIMIMV - Rabat

# LABORATOIRE BENNIS D'ANALYSES MEDICALES

Dr. BENNIS Abdelali

Adresse: 26, Rue Iran - Témara Centre - Téléphone : 05 37 64 20 88 - Fax : 05 37 64 12 46



INPE : 103002804

## Facture

N° facture : 2020-02234

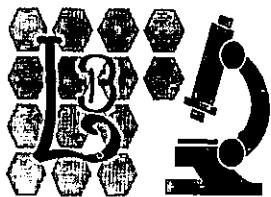
Patient : Mr CHIADMI Mekki

Date prélèvement : 21/02/2020

Analyses	Valeur en B	Montant
Urée	30	40,20
Créatinine	30	40,20
Cholestérol total	30	40,20
HDL-Cholestérol	50	67,00
LDL-Cholestérol	50	67,00
Triglycérides	60	80,40
Transaminases	80	107,20
Gamma G.T.	50	67,00
BILIRUBINES	70	93,80
Phosphatases Alcalines	50	67,00
VITAMINE D ( 25 Hydroxycholécalciférol ) - D2 + D3	450	603,00
<b>Total B</b>	<b>950</b>	<b>1 273,00</b>
<b>APB</b>	<b>1,0</b>	<b>10,00</b>
<b>Total payé</b>		<b>1 000,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de : UN MILLIER DIRHAMS \*\*\*

LABORATOIRE BENNIS  
ANALYSES MEDICALES  
26 Rue d'Iran Témara Centre  
Tél: 0537 64 20 88 Fax: 0537 64 09 61



HEMATOLOGIE  
IMMUNOLOGIE  
PARASITOLOGIE  
MYCOLOGIE

مختبر بنيس للتحاليل الطبية  
Laboratoire BENNIS d'Analyses Médicales

الدكتور عبد العالى بنيس - طبيب إحيانى  
Docteur Abdelali BENNIS - Médecin Biologiste

Dossier du: 21/02/2020

Edité le: 21/02/2020

Code Patient : 18-04710

Mr CHIADMI Mekki

Référence : 210220-3243

Prescripteur: Dr FATIMA ZAHRA HAMIDI



Page : 1/1

BIOCHIMIE

		Valeurs Usuelles	Antériorité
Urée	: 0,31 g/l 5,16 mmol/l	( 0,15 - 0,45 ) ( 2,5 - 8,33 )	
Créatinine	: 9,20 mg/l 81,3 umol/l	( 7 - 13 ) ( 61,88 - 106,08 )	
Cholestérol total	: 1,28 g/l	( Inférieur à 2 )	1,40 (24/08/19)
HDL-Cholestérol	: 0,51 g/l	( 0,4 - 0,75 )	
LDL- Cholesterol	: 0,49 g/l	( Inférieur à 1,6 )	0,63 (24/08/19)
Triglycerides	: 1,38 g/l	( Inférieur à 1,5 )	1,38 (24/08/19)
Transaminases			
SGOT ( Aspartate Aminotransférase )	: 20 UI/l	( Inférieur à 35 )	20 (24/08/19)
SGPT ( Alanine Aminotransférase )	: 19 UI/l	( Inférieur à 41 )	18 (24/08/19)
Gamma G.T.	: 41 UI/l	( Inférieur à 55 )	38 (24/08/19)
BILIRUBINES			
Bilirubine Totale	: 10 mg/l	( Inférieur à 12 )	
Bilirubine Directe ( Conjuguée )	: 3 mg/l	( Inférieur à 2 )	
Bilirubine indirecte	: 7 mg/l	( Inférieur à 10 )	
Phosphatases Alcalines	: 63,00 UI/l	( 40 - 129 )	

VITAMINES

		Valeurs Usuelles	Antériorité
25 OH VITAMINE ( D2 · D3 ) (Technique : CLIA/LIAISON XL )	: 17,60 ng/ml		26,10 (24/08/19)
Déficient : <10 ng/ml			
Insuffisant : 10-30 ng/ml			
Suffisant : 30-100 ng/ml			
Toxicité potentielle : >100 ng/ml			

LABORATOIRE BENNIS  
ANALYSES MÉDICALES  
26 RUE ABDELALI BENNIS - Témara Centre  
Tél: 0537 64 20 88 - Fax: 0537 64 09 61

Nous vous remercions de votre confiance