

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.

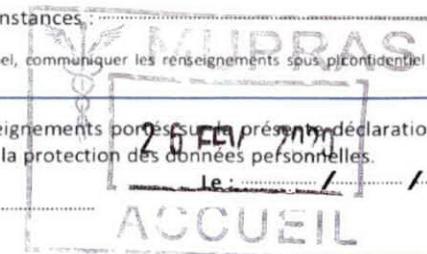
Adresses Mails utiles

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ 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° W19-496850

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	19335	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	ZOUINKA BOUCHAIB
Nom & Prénom : ZOUINKA BOUCHAIB			
Date de naissance : 20/03/1953			
Adresse : N° 222 Lot Riad Saram Bd Riad			
mohammed			
Tél. : 0654060737 Total des frais engagés : Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 10/02/2020			
Nom et prénom du malade : ZAFFA HALIMA Age: 47			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Cortisol HTA			
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 : 1 / 1 / 1			
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
10 Fév 2020	OB		1505	INSTITUT DE SANTE DR. AMIRANI EL MOSTAFA Omnipaticien Tél : 05 28 32 28 65 Rue Abderrahmane Sidi

EXECUTION DES ORDONNANCES



ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	11/02/2020	B 3.85 R 1.34	525,10

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

BELEVE 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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																
				Coefficient des travaux <input type="text"/>																
				Montants des soins <input type="text"/>																
				Début d'exécution <input type="text"/>																
				Fin d'exécution <input type="text"/>																
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des travaux <input type="text"/>																
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	G		B		Montants des soins <input type="text"/>
H																				
25533412	21433552																			
00000000	00000000																			
D																				
00000000	00000000																			
35533411	11433553																			
G																				
B																				
				Date du devis <input type="text"/>																
				Date de l'exécution <input type="text"/>																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur El Amrani El Mostapha
MEDECINE GÉNÉRALE

1, Rue Abderrahmane Serghini
Mohammedia



الدكتور العمراني المصطفى
الطب العام

1، زنقة عبد الرحمن السرغيني
المحمدية

โทรศัพท์ : 05.23.32.28.65

fax : 06.61.15.21.86

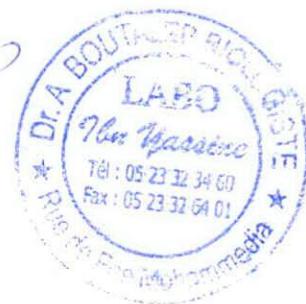
Mohammedia le : 10 Fevr 2020 المحمدية في :

BATA Ep-78wikt Helleme.

- NFS VS

- HU urab
Edu TG

- TS A

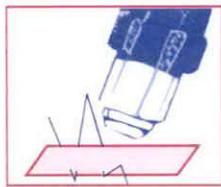


الدكتور العمراني المصطفى
Dr. EL AMRANI EL MOSTAFA
Omni Praticien
1, Rue Abderrahmane Serghini
Tél: 05 23 32 28 65/Mohammedia

د عبد الواحد بوطالب
Dr. A. BOUTALEB
Pharmacien Biologiste
Diplômé de la Faculté de Marseille
C.E.S de Biochimie Clinique
C.E.S d'Immunologie Sérologie
Ancien Chef de Laboratoire d'Hématologie
à l'Hôpital Militaire de Rabat

INPE : 093001816

مختبر ابن ياسين



Laboratoire Ibn Yassine

Analyses Médicales تحليلات طبية

Facture n° 45435

INPE: 093001816 ICE: 001644349000059 Patente : 39403860 IF : 54507300

MOHAMMEDIA LE : 11/02/2020

Analyses effectuées le: 11/02/2020

Pour.....: Mme RAFA HALIMA EP ZOUINKA

Sur prescription du: Dr EL AMRANI

Code.....: 02I9068



EXAMENS EFFECTUÉS :

NFS VS GLY CREAT CT TRIGL TSHUS

Cotation : (B 385)

Montant Net : 525.00 **Dh**

ARRETEE LA PRÉSENTE FACTURE A LA SOMME DE :

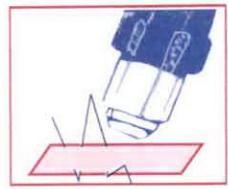
CINQ CENT VINGT CINQ Dhs 00 Cts



د. عبد الواحد بوطالب
Dr. A. BOUTALEB
 Pharmacien Biologiste
 Diplômé de la Faculté de Marseille
 C.E.S de Biochimie Clinique
 C.E.S d'Immunologie Sérologie
 Ancien Chef de Laboratoire d'Hématologie
 à l'Hôpital Militaire de Rabat

INPE : 093001816

مختبر ابن ياسين



Laboratoire Ibn Yassine

Analyses Médicales تحليلات طبية



02I9068

Prélèvement du : 11/02/2020

Référence : 50211667

11/02/2020

Mme RAFA HALIMA EP ZOUINKA

Médecin: Dr. EL AMRANI

EXAMENS DE SANG HEMATOLOGIE

Analyses

Résultats

Normes

Antécédents

NUMERATION GLOBULAIRE

(sysmex KX 21N)

Globules rouges.....:	4.64	M/mm3	Femme (4.0 - 5.4)
Hemoglobine.....:	13.4	g/100 ml	(11.5 - 15.5)
Hematocrite	37	%	(35 - 47)
V.G.M	80	μ3	(80 - 95)
T.C.M.H.....:	29	pg	(27 - 32)
C.C.M.H.....:	36.2	%	(32 - 36)
Plaquettes	196000	/mm3	150000-400000
Globules blancs.....:	4 400	/mm3	(4.000 - 10.000)

FORMULE LEUCOCYTAIRE

Polynucléaires Neutrophiles: soit.....:	51	%	(50-75)
	2244	/mm3	(2000 - 7500)
Polynucléaires Eosinophiles: soit.....:	2	%	(0-4)
	88	/mm3	(< 400)
Polynucléaires Basophiles...: soit.....:	-	%	(0-1)
		/mm3	(< 100)
Lymphocytes.....:	42	%	(25-35)
soit.....:	1848	/mm3	(1500 - 2100)
Monocytes	5	%	(2-8)
soit.....:	220	/mm3	(100 - 800)

VITESSE DE SEDIMENTATION

1ère Heure.....:	20	mm	< 10
2ème Heure.....:	50	mm	< 20

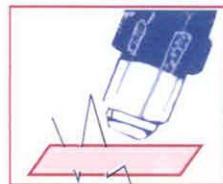
LABO Ibn Yassine
 Dr. BOUTALEB BIOLOGISTE
 Rue de Fès - Mohammedia
 Tél : 05 23 32 34 60 / Fax : 05 23 32 64 01

د. عبد الواحد بوطاب
Dr. A. BOUTALEB
 Pharmacien Biologiste
 Diplômé de la Faculté de Marseille
 C.E.S de Biochimie Clinique
 C.E.S d'Immunologie Sérologie
 Ancien Chef de Laboratoire d'Hématologie
 à l'Hôpital Militaire de Rabat

INPE : 093001816

 02I9068

Prélèvement du : 11/02/2020



مختبر ابن ياسين

Laboratoire Ibn Yassine

Analyses Médicales تحليلات طبية

Référence : 50211667

11/02/2020

Mme RAFA HALIMA EP ZOUINKA

Médecin: Dr. EL AMRANI

EXAMENS DE SANG BIOCHIMIE

Analyses	Résultats	Normes	Antécédents
Glycémie.....	0.96 5.33	g/l mmol/l	(0.70 - 1.10) 3.88-6.10
Créatinine.....	7.30 64.2	mg/l μmol/l	(6 - 12) (53-106)
Cholestérol Total.....	2.24	g/l	(1.50-2.20)
Triglycérides..... Soit.....	1.26 1.44	g/l mmol/l	(0.5 - 1.50) (0.57-1.71)

ENDOCRINOLOGIE

T.S.H Ultra sensible (AIA 360)			
RESULTAT.....	1.71	uUI/ml	(0.38-4.31)

LABO *Ibn Yassine*
 Dr. BOUTALEB BILOGISTE
 Rue de Fès - Mohammedia
 Tél : 05 23 32 34 60 / Fax : 05 23 32 64 01