

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
 0 Prise en charge : pec@mupras.com
 0 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'Horlog Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-527924

ND: 28372

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2071

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

BENCIETEISH

Date de naissance :

01/01/52

Adresse :

N1 Rés AL FAJR Hay AL QODS
Im. Assounbou

Tél. :

0661782752 Total des frais engagés : 321 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 16/10/2020

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-527924

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 2071

Nom de l'adhérent(e) : Bencheikh

Total des frais engagés : 321

Date de dépôt :

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
16/03/20	C			INP : [REDACTED] Dr IBORG KATHARINE MATOU CHIRURGIEN TRAUMATOLOGISTE AT ORTHOPÉDISTE Mustapha El Ma Tel: 022...

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 TAKA DR. CHAFAY D. ue 45 Hay Taka Sidi Boughaba Casablanca T 76 61 Fax : 05 22 75 76 11	21/03/2020	B 218	320,00 Dh

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

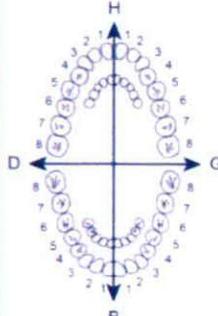
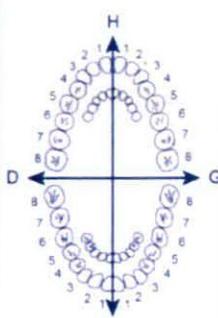
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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'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"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	21433552 00000000 G 00000000 11433553		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

PROFESSEUR RACHID IBNOULKHATIB
Chirurgien

Agrégé des Universités de France
Chirurgie Traumatologique et Orthopédique
Chirurgie Générale
Traumatologie du sport
Ancien Interne et maître Assistant au CHU Avicennes
Expert Assermenté près les Tribunaux

الدكتور رشيد ابن الخطيب
جراح

أستاذ مبرز خريج الجامعات الفرنسية

جراحة العظام و المفاصل
جراحة العامة

أستاذ مساعد سابق بمستشفى ابن سينا
خبير محلل لدى المحاكم

Casablanca, le

16/03/20

الدار البيضاء في

Benchekh.

NFS

Almed

Td

TCK

Free P^o pc

Glycane

urée. Sengue

LABORATOIRE TAKI
Dr. CHAFAY Driss
7 Rue 45 Hay Tarki Sidi Bernoussi Casablanca
Tel: 05 22 75.76.61 Fax: 05 22.75.76.2

PROFESSOR RACHID IBN OULKHATIB
CHIRURGIEN TRAUMATOLOGISTE
132 Rue Mustafa El Maâni - 1er Etage Angle Bd. 11 Janvier - CASABLANCA - Tel.: 05 22 22 57 14 / 05 22 22 02 10 - Fax: 05 22 27 75 10

LABORATOIRE TARIK D' ANALYSES MEDICALES

Dr. CHAFAY Driss -Médecin Biologiste

N°7, rue 45 Hay Tarik Sidi Bernoussi

Tél. : 022 75 76 61 CASABLANCA

Pat.: 31634793

TVA:

Facture 79614

CASABLANCA Le : 24/03/2020

Analyses effectuées le: 21/03/2020

Pour.....: **Mr. BENCHEIKH AHMED**

Sur prescription du :Dr IBNOULKHATIB

Code.....: 4CL7417



Organisme.....:

Bilan:

NFS=B63 TP=B32 TCK=B33 GRS 1=B50
GLY=B19 UREE=B21

Total : B 218

Montant Net : 320.00 Dh

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

TROIS CENT VINGT Dhs 00 Cts

LABORATOIRE TARIK
Dr. CHAFAY Driss
Rue 45 Hay Tarik Sidi Bernoussi Casa
Tel. 022.75.76.61 Fax. 05.22.75.76.61

Dr. CHAFAY Driss

-Médecin Biologiste-

Laboratoire TARIK d'Analyses médicales

D.E.S de Biochimie-Immuno-Parasitologie
Hématologie-Bactériologie
Ancien Assistant de CHU
Clermont - Ferrand - France

Hay Tarik Rue 45 N° 7 - 1^{er} Etage - Sidi Bernoussi - Casablanca

Tél.: 022.75.76.61

Fax: 022.75.76.62

Prélèvement du : 21/03/2020

Edition du : 21/03/2020

Médecin: Dr. IBNOULKHATIB



Code Patient 4CL7417

Mr. BENCHEIKH AHMED

HEMATOLOGIE

Analyses	Résultats	Normes	Antécédents
UMERATION GLOBULAIRE			
LEUCOCYTES	: 6200	/mm3	(4 000 à 10 000)
HEMATIES	: 5.40	Millions/mm3	(4,5 à 6,0)
HEMOGLOBINE TOTALE	: 14.5	g/100ml	(13 à 17)
HEMATOCRITE	: 44.2	%	(40 à 52)
V.G.M	: 81.9	µ3	(80 à 95)
T.C.M.H	: 26.9	pg	(27 à 33)
C.C.M.H	: 32.8	g/dl	(31 à 36)
ORMULE SANGUINE			
Polynucléaires Neutrophiles:	48	%	
Soit:	2976.	/mm3	(2000 à 7500)
Polynucléaires Eosinophiles:	02	%	
Soit:	124.	/mm3	(< à 400)
Polynucléaires Basophiles :	00	%	
Soit:	0.	/mm3	(< à 100)
Lymphocytes	: 46	%	
Soit:	2852.	/mm3	(1500 à 4000)
Monocytes	: 4.	%	
Soit:	248.	/mm3	(200 à 800)
UMERATION DES PLAOUETTES : 150 Mille/mm3 (150000 à 500000)			

G R O U P A G E

Groupe.....: O
Rhésus.....: Positif
(Carte de groupe ci-jointe)

Dr. Chafay D.
Médecin Biologiste



Dr. CHAFAY Driss

-Médecin Biologiste-

**Laboratoire TARIK
d' Analyses médicales**

D.E.S de Biochimie-Immuno-Parasitologie

Hématologie-Bactériologie

Ancien Assistant de CHU

Clermont - Ferrand - France

Hay Tarik Rue 45 N° 7 - 1 èr Etage - Sidi Bernoussi - Casablanca

Tél.: 022.75.76.61

Fax: 022.75.76.62

Prélèvement du : 21/03/2020

Edition du : 21/03/2020

Médecin: Dr. IBNOULKHATIB



Code Patient 4CL7417

Mr. BENCHEIKH AHMED

HEMOSTASE

Analyses	Résultats	Normes	Antécédents
	<u>Taux de prothrombine</u>	(80 à 100)	
Témoin.....	: 12 S		
Patient.....	: 13 S		
TP.....	: 85 %		(70 % à 100%)

Temps de céphaline kaolin

Témoin.....	: 30 sec	
Patient.....	: 32 sec	
Rapport Patient/Témoin.....	: 1.07	(0.8 à 1.1)

BIOCHIMIE

Analyses	Résultats	Normes	Antécédents
Glycémie.....	: 0.97 g/l	(0.70 à 1.10)	
Soit.....	: 5.38 mmol/l	(3.8 à 6.0)	
Urée.....	: 0.26 g/l	(0.15 à 0.45)	
Soit	: 4.32 mmol/l	(2.5 à 7.5)	

Dr. Chafay D.
Médecin Biologiste

Dr. Chafay D.
Médecin Biologiste
Tariq Sidi Bernoussi Casablanca
Tél: 022.75.76.61 Fax: 022.75.76.62