

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

Déclaration de Maladie

N° W19-460356

58408



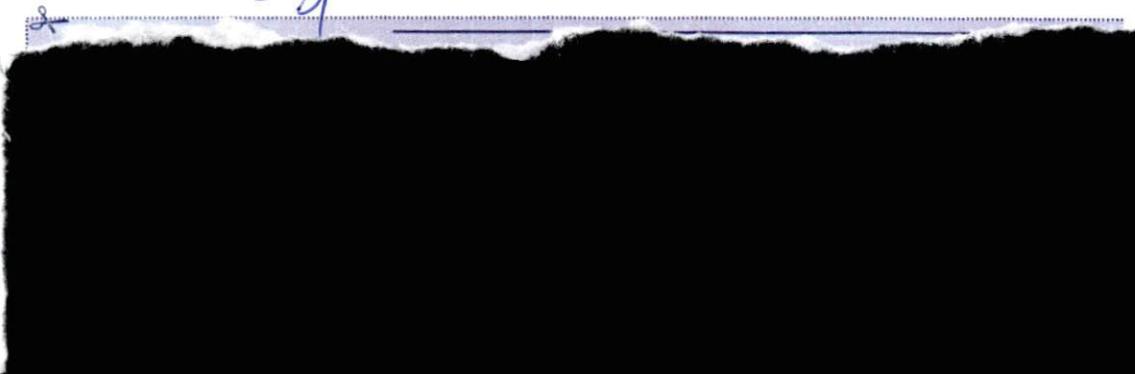
<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 810	Société : RATP Retraité		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	EL FADEL AYmed.
Nom & Prénom : EL FADEL AYmed.			
Date de naissance : 01/01/1935			
Adresse : Hay Hay Abdellah Rue 189 N° 14 Ain el Bockt			
Tél. : 06 61 12 79 55 Total des frais engagés : Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 01/01/2007			
Nom et prénom du malade : EL FADEL AYmed.			
Age : 72			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input 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 plconfidentiel 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 : Casablanca Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : 



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
Dr. BEN MILoud L'ATOIRE SCAILL D'ANALYSES MEDICALES 20, Bd Brahim Roudani Maârif T. 05 22 25 78 25 / 05 22 25 39 61 Casablanca - Parciale: 3580504	08/01/2021		180,00 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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'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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D <input type="text"/> G <input type="text"/> 00000000 00000000 35533411 11433553 B <input type="text"/>			
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CLINIQUE RACINE

Multidisciplinaire

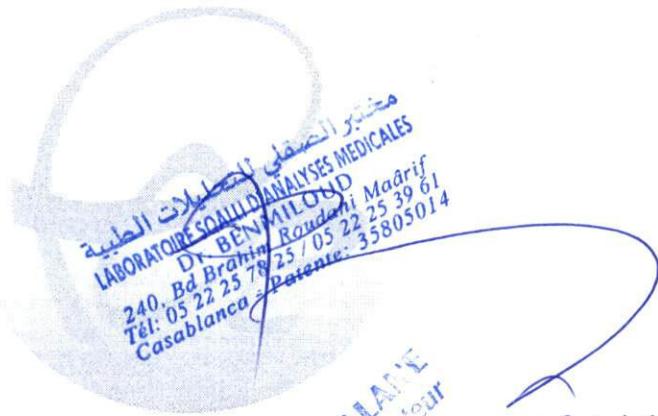


مصحة راسينه
متعددة الاختصاصات

Casablanca, le : 8-1-21 الدار البيضاء، في :

AHmed EL FADEL

NFS de control.



Dr Houda ARSALANE
Anesthésiste-Réanimateur
Tél: 0522 94 22 66
Fax: 0522 94 21 28 / 0522 36 25 31 - Patente: 35714435 - C.N.S.S.: 6496609



مختبر الصقلی للتحليلات الطبية Laboratoire SQALLI d'Analyses Médicales

L'azienda è certificata ISO 9001 V.2008

Dr. BENMILLOUD Loubna Médecin biologiste.
Faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca
Institut universitaire de qualité en sciences de la santé
IUCS Institut d'hygiène hospitalière et prévention des infections nosocomiales



7jours/7

Prélèvements à domicile sur rendez-vous

FACTURE N° : 210100108

Casablanca le 08-01-2021

Mr Ahmed EL FADEL

Demande N° 2101080041
Date de l'examen : 08-01-2021

Analyses :

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Prélèvement sanguin	E25	E
DEP	DEPL A DOMICILE	E50	E
0216	Numération formule	B80	B

Total des B : 80

TOTAL DOSSIER : 180DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : cent quatre-vingts dirham s

Code INPE : 093000214
AWB - Agence Rue Nassih Eddine
RIB : 007 780 0003555000000328 25



093000214

Prélèvements à domicile
sur rendez-vous

Date du prélèvement : 08-01-2021 à 11:21

Code patient : 2101060050

Né(e) le : 01-01-1935 (86 ans)



Mr EL FADEL Ahmed

Dossier N° : 2101080041

Prescripteur :

HEMATOLOGIE

HEMOGRAMME (SYSMEX XS-1000i)

"Les valeurs de référence sont automatiquement éditées en fonction de l'âge, du sexe, état physiologique du patient(e)"

06-01-2021

Hématies :	3.91	M/mm3	(4.00–5.65)	3.16
Hématocrite :	26.80	%	(37.00–49.00)	18.90
Hémoglobine :	8.50	g/dL	(12.50–17.20)	5.20
VGM :	69	fL	(80–101)	60
TCMH :	22	pg	(27–34)	16
CCMH :	32	g/dL	(28–36)	28
Leucocytes :	18 980	/mm3	(3 600–10 500)	25 160
Polynucléaires Neutrophiles :	29	%		24
Soit:	5 504	/mm3	(2 000–7 500)	6 038
Lymphocytes :	22	%		31
Soit:	4 176	/mm3	(1 000–4 000)	7 800
Monocytes :	12	%		10
Soit:	2 278	/mm3	(<1 100)	2 516
Polynucléaires Eosinophiles :	0	%		0
Soit:	0	/mm3	(0–600)	0
Polynucléaires Basophiles :	37	%		35
Soit:	7 023	/mm3	(0–150)	8 806
Plaquettes :	677 000	/mm3	(150 000–450 000)	948 000
Commentaire :	Anémie hypochrome microcytaire, à compléter par un dosage de la ferritine. Leucocytose marquée. Thrombocytose contrôlée.			

Validé par : Dr. BENMLOUD Loubna

مختبر الصقلبي للتحاليل الطبية
LABORATOIRE SQALLI ANALYSES MEDICALES
Lou BENMLOUD