

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 canaux, 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 canaux.

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.

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° W19-452558

10602

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10602 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BOUHADDA KHANSSAA

Date de naissance : 29.3.2007

Adresse :

Tél. : 0624126847 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 04/01/2021

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : Brucellose + Colique abdominale

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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-452558

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
				INP : 1411111111

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	04.01.21	222.70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	04.01.21	B43	101.72

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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 : 1411111111																					
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																					
				MONTANTS DES SOINS																					
				DEBUT D'EXECUTION																					
				FIN D'EXECUTION																					
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX																					
	<table> <tr> <td>H</td><td></td><td>H</td></tr> <tr> <td>25533412</td><td>21433552</td><td></td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>D</td><td></td><td>G</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td><td></td></tr> <tr> <td></td><td>B</td><td></td></tr> </table>			H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553			B		MONTANTS DES SOINS
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
		B																							
	[Création, remont, adjonction]			DATE DU DEVIS																					
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DE L'EXECUTION																					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Saïd MERJANE
Médecine Générale

61, Rue Omar Ibnou Al Khattab
Berrechid - Tél.: 05 22 33 71 56

الدكتور سعيد مرجان
الطب العام

رقم 61 زقة عمر ابن الخطاب
برشيد - الهاتف : 05 22 33 71 56

Berrechid le

04 JAN 2021

ORDONNANCE

LOT: 200393
DLUO: 11/2023
69.00 DH

LOT: M0387
PER: 07/2023
PPV: 50.40 DH

Pharmacie 2000
Docteur Kadiri L. Zineb
23, bd Mohammed V - BERRECHID
Téléphone : 022.53.36.06

6730 ✓
7030 ✓
6630 ✓
5040 ✓
222.70 ✓

DOUHA
Khaouss
DOCIUX 4
AEP x3
Doliprane
AEP x3
Ibertyl 500
AEP x2
mustaf
AEP x3



PPV: 66DH30
PER: 12-2021
LOT: 1671900

10,30
PPV: 100DH30
PER: 12/22
LOT: 12805

Pharmacie 2000
Docteur Kadiri L. Zineb
23, bd Mohammed V - BERRECHID
Téléphone : 022.53.36.06

Docteur Saïd MERJANE

Médecine Générale

61, Rue Omar Ibnou Al Khattab

Berrechid - Tél.: 05 22 33 71 56

الدكتور سعيد مرجان

الطب العام

رقم 61 زنقة عمر ابن الخطاب

برشيد - الهاتف : 05 22 33 71 56

Berrechid le

04 JAN 2021

ORDONNANCE

BOUHADD
Khaouaa.

NF S.



LABORATOIRE IBN SINA

ICE :001761756000030

Bd Mohammed V

BERRECHID

INPE :063000509

Tel : 05.22.33.66.43

Fax : 05.22.33.66.42

IF :40195644

Patente : N° 40700369 C.N.S.S : N°2229541 IGR : 40195644

FACTURE : 73249

IB 54580 B

Nom et Prénom : Mme BOUHADDA Khansaa

Prescripteur :

Référence : 040121 048

Date : 04/01/2021

BILAN :

NFS B 73 +

MONTANT NET : 107,82 Dhs Soit 73 B

ARRETE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

Cent sept Dh et quatre-vingt deux cts

ANALYSES MEDICALES
IBN SINA
Bd. Mohammed V BERRECHID
Tel : 05 22 33 66 43



Berrechid le : 04/01/2021

CIN :

Résultats complets

Edité le: 04/01/2021

Mme BOUHADDA Khansaa

IB 54580 B

RF: 040121048

HEMATOLOGIE

VALEURS DE REFERENCE

ANTECEDENTS

HEMOGRAMME

(Technique SYSMEX KX-21N)

NUMERATION GLOBULAIRE

Leucocytes.....	9 400	/mm ³	(N : 4 000 à 10 000)
Hématies.....	4,64	M/mm ³	(N : 4.2 à 5.2)
Hémoglobine.....	12,5	g/dl	(N : 12.0 à 16.0)
Hématocrite.....	40,1	%	(N : 37 à 44)
V.G.M.....	86	fl	(N : 80 à 100)
T.G.M.H.....	26,9	pg	(N : 27 à 32)
C.C.M.H.....	31,2	g/dl	(N : 32 à 35)

PLAQUETTES..... : 284 Milles/mm³ (150 à 450 Milles)

FORMULE LEUCOCYTAIRE

Polynucléaires Neutrophiles :	75	%	
Soit	7 050	/mm ³	(N : 2 000 à 7 500)
Polynucléaires Eosinophiles :	1	%	
Soit	94	/mm ³	(N : 400 à 500)
Polynucléaires Basophiles.. :	0	%	
Soit	0	/mm ³	(N : < 100)
Lymphocytes :	17	%	
Soit	1 598	/mm ³	(N : 1000 à 4000)
Monocytes..... :	7	%	
Soit	658	/mm ³	(N : 200 à 1 000)

LABORATOIRE D'ANALYSES
MEDICALES IBN SINA
DR. BERRECHID
Tél: 05 22 33 66 43

LABORATOIRE IBN SINA

Bd Mohammed V

BERRECHID

Tél 05.22.33.66.43

Fax 05.22.33.66.42

مختبر التحليلات الطبية
ICE : 001761756000030
ابن سينا

INPE : 063000509

شارع محمد الخامس - برشيد

الهاتف : 05 22 33 66 43
IF : 40195644



0401048

CE RECU EST A APPORTER LORS DU RETRAIT DE VOS RESULTATS

Dossier No **0401 048**

Du 04/01/2021 à 15h36

Patient : Mm **BOUHADDA Khansaa**

Patient IB 54580 B

Prélèv. : L 04/01/21 à 15h36

OPERATEUR : SR

Info Dossier :

Analyses : NFS

TOTAL DU DOSSIER :

107,82

PAYE : 107,82 Es

RESTE A PAYER

0,00 Dh