

## 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.

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  
60252  
ICA

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 10602

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BOUHADDA KHANSAA

Date de naissance : 29-3-2007

Adresse :

Tél. : 0624126847

Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

104/01/2021

Nom et prénom du malade : ..... Age: .....

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Bruxisme + caligre abdominal

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.

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	af. 01. 11	222.70

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>LABORATOIRE DES MÉDICALE TOI</i>	04/01/21	B73 INP 106300505	1157,82

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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

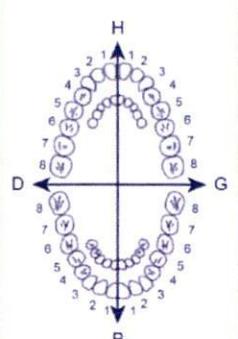
O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	D
00000000	00000000
35533411	11433553

[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

Docteur Saïd MERJANE  
Médecine Générale

الدكتور سعيد مرجان  
الطب العام

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

\*رقم 61 زنقة عمر ابن الخطاب  
بريشيد - الهاتف : 05 22 33 71 56

Berrechid le : ..... 04 JAN 2021



ORDONNANCE

BOUHABDIA  
Khalil



600  
600

DOCTEUR Y

ACP X37

Doliprane 500 mg

7030

6630

Tibetan 500

2000

T5X2

Mustard

222.70



**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  
05 22 33 71 56 - الهاتف : بوشيد

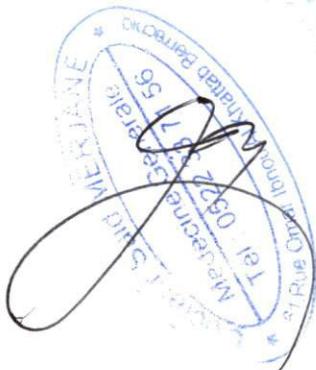
Berrechid le .....

04 JAN 2021

**ORDONNANCE**

BOUHADDY  
Khaissa.

NFS.



ICE :001761756000030  
LABORATOIRE IBN SINA  
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*

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES  
IBN SINA  
Bd. Mohammed V, BERRECHID  
Tel : 05.22.33.66.43



Berrechid le : 04/01/2021

CIN :

## Résultats complets

Édité le: 04/01/2021

**Mme BOUHADDA Khansaa**  
**IB 54580 B RF: 040121048**

## **HEMATOLOGIE**

## HEMOGRAMME

(Technique SYSMEX KX-21N)

## NUMÉRATION GLOBULAIRE

Leucocytes.....	<b>9 400</b>	/mm <sup>3</sup>	(N : 4 000 à 10 000)
Hématies.....	<b>4,64</b>	M/mm <sup>3</sup>	(N : 4.2 à 5.2)
Hémoglobine.....	<b>12,5</b>	g/dl	(N : 12.0 à 16.0)
Hématocrite.....	<b>40,1</b>	%	(N : 37 à 44)
V.G.M.....	<b>86</b>	fL	(N : 80 à 100)
T.G.M.H.....	<b>26,9</b>	pg	(N : 27 à 32)
C.C.M.H.....	<b>31,2</b>	g/dl	(N : 32 à 35)
PLAQUETTES.....	<b>284</b>	Milles/mm <sup>3</sup>	(150 à 450 Milles)

## FORMULE LEUCOCYTAIRE

**LABORATOIRE IBN SINA**

Bd Mohammed V

BERRECHID

Tél 05.22.33.66.43

Fax 05.22.33.66.42

**مختبر التحاليلات الطبية**

ICE : 001761756000030

**ابن سينا**INRE : 063000509  
شارع محمد الخامس، بربريالهاتف : 05.22.33.66.43  
IF : 40195644

0401048

**CE REÇU 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**