

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

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° P19- 054759

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1417 Société : 63473
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : WASMIH MOHAMED
Date de naissance : 10/01/1949
Adresse : 33 Rue 131 GRP N QUARTIER OULFA
Tél. : 0677066053 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01/03/2021
Nom et prénom du malade : H. WASMIH Med. 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 :

Le : 01/03/2021

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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
01/03/21	C2		G	<p>Docteur KASSAB AMMI</p> <p>CARDIOLOGUE</p> <p>20, Rue Oued Mouloua El Oulfa</p> <p>Bd. Al Massira Al Khadra - 13000</p> <p>Tél.: 0522 39 31 01 Fax: 0522 39 31 02</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE WILAYA MOULANA</p> <p>ZEKRI Abdelati</p> <p>Docteur en Pharmacie</p> <p>129-242-274 Bd Oued Mouloua El Oulfa</p> <p>Constantin - Tél: 0522 39 31 13</p> <p>ICE: 002291220000074</p>	8/3/21	41,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<p>LABORATOIRE D'ANALYSES</p> <p>Dr. R. Simonet - Palmier - Casaba - Tél: 0522 39 31 03</p>	06/03/2021	B 80	141,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

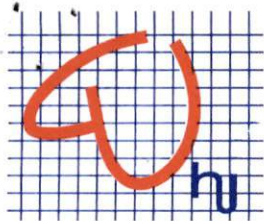
Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <p>D</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> </div> <div> <p>G</p> </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



CABINET DE CARDIOLOGIE ET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES

Résidence Star Youness , Rue Oumaïma Sayeh, N°20, 2ème étage, Appt. N°6
Boulevard Al Massira Al Khadra , Quartier Racine - Casablanca 20000

الدكتور حسن جمعي
أمراض القلب و الشرايين

Dr. Hassan JAMMI
CARDIOLOGUE

Diplômé de l'Université
de Nice - Sophia Antipolis
Ex. Assistant spécialiste
des Hôpitaux de France

Casablanca, le 01 MARS 2021

BILAN BIOLOGIQUE

Nom : Wasmih Prénom : Ad.

Age : _____ Sexe : H ☒ F ☒

☒ NFS, Pq.

☐ VS

☐ Lonogramme sanguin

☐ Got/GPT

☐ Gamma GT, Phosphatase Alcaline

☐ Urée sanguine

☐ Créatinémie

☐ Glycémie à jeûn

☐ Glycémie post prandiale

☐ HbA1c

☐ PSA

☐ Microalbuminurie

☐ Cholesterol Total

☐ Triglycérides

☐ HDL-Cholesterol

☐ LDL-Cholesterol

☐ Acide urique sanguin

☐ T3

☐ T4

☐ TSH US.

☐ TP INR

☐ Vit. D2 D

☐ TROPONI

☐ BNP

☐ Autres : _____



Docteur Hassan JAMMI
CARDIOLOGUE
20, Rue Oumaïma SAYAH
Bd. Al Massira Al Khadra - Casa
Tél.: 0522 39 31 01 - Fax: 0522 36 79 31
INP : 091080218

Mr. WASMIH Mohamed
N 10-01-1949
2103063044
Date/Heure : 06-03-2021 00:00
Prélevé par : 00-INTER
-PRELEVEMENT-

GSM : 06 61 14 94 22
Tél : 05 22 39 31 01
Fax : 05 22 36 79 35

Mr ZEKRI Abdelâti
Docteur en Pharmacie

ICE :002291220000071

Mohamed

[illegible]



FACTURE N° 2103063044

LABORATOIRE CASALAB PALMIER

Casablanca le 06-03-2021

INPE : 093002574

Mr Mohamed WASMIH

Demande N° 2103063044

Date d'examen : 06/03/2021

Récapitulatif des analyses

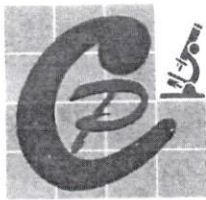
CN	Analyse	Val	Clefs
PSA-A	Prise de sang Adulte	E25	E
0216	Numération Formule (Globules rouges/Blancs/plaquettes)	B80	B

Total des B : 80

Arrêtée la présente facture à la somme de : * **141.00 DH** *
cent quarante et un dirhams



C



Dossier N° : **2103063044** Patient N° : 2103063044
Résultats de : **Mr Mohamed WASMIH**
Né(e) le : 10/01/1949 - 72 ans
N° CIN :
20000 CASABLANCA
0.00

Monsieur Le Dr HASSAN JAMMI
(Cardio)
20, Rue Oumaima Sayeh Bd Al Masiira Al
Khadra
21000 CASABLANCA
05.22.36.79.35

Edition du : 06-03-2021 à 11:04
Dossier enregistré le 06/03/2021
Date du prélèvement : 06-03-2021 09:15

< Compte-rendu complet validé techniquement par : ZK >

Cher confrère, nous vous remercions de votre confiance, et nous vous transmettons les résultats de votre patient.

HEMATOCYTOLOGIE

HEMOGRAMME

Leucocytes : (RC)	4,280	$10^3/\text{mm}^3$	(3,600-10,500)
Hématies : (RC)	4,590	$10^6/\text{mm}^3$	(4,000-5,650)
Hémoglobine : (RC)	14,00	g/dL	(12,50-17,20)
Hématocrite : (RC)	41,4	%	(37,0-49,0)
VGM : (RC)	90,2	fL	(80,0-101,0)
TCMH : (RC)	30,1	pg	(27,0-34,0)
CCMH : (RC)	33,3	g/dL	(31,5-36,0)
RDW : (RC)	13,1	%	(0,0-18,5)



Formule Leucocytaire:

Neutrophiles : (RC)

56,4 %
2 414 /mm³ (1 600-5 900)

Eosinophiles : (RC)

0,8 %
34 /mm³ (30-500)

Basophiles : (RC)

0,4 %
17 /mm³ (0-90)

Lymphocytes : (RC)

30,0 %
1 284 /mm³ (1 070-4 100)

Monocytes : (RC)

12,4 %
531 /mm³ (230-710)

Plaquettes: (RC)

113 10³/mm³ (160-370)

Absence d'agrégats plaquettaires
Résultat contrôlé sur un tube citraté

Commentaire sur l'hémogramme
(RC) : Résultat contrôlé

Cytologie vérifiée sur frottis

Validation biologique par : Le Dr M. BEZZARI Dr K. OUAZZANI

Le Dr M. JENANE

