

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 723

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MEKKI CHIADMI

Date de naissance : 25/06/1972

Adresse :

Tél. : 0661341298

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Dr. Mounir BACHOUCHI  
Oncologue  
CLINIQUE D'ONCOLOGIE 18 NOVEMBRE  
22, AV. HASSAN II (Boulevarde) - Rabat  
Tél: +212 (5) 37 86 41 56  
Fax: +212 (5) 37 57 29 29  
INPE : 101015905

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :



#### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 09/07/21 B 1020 + 2.0 1200,00	09/07/21	B 1020 + 2.0	1200,00

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIBES

Le praticien est tenu de préciser la dent traitée l'acte pratique en indiquant la nature des soins

### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan d'exploration.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
					<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>												
					<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>												
					<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>												
					<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>												
<b>O.D.F</b> <b>ROTHESES DENTAIRES</b>		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
H	25533412	21433552															
D	00000000	00000000															
B	00000000	00000000															
G	35533411	11433553															
		<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel Therapeutique nécessaire à la profession			<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>												
					<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>												
					<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

# LABORATOIRE BENNIS D'ANALYSES MEDICALES

Dr. BENNIS Abdelali

Adresse: 26, Rue Iran - Témara Centre - Téléphone : 05 37 64 20 88 - Fax : 05 37 64 12 46



INPE : 103002804

## Facture

N° facture : 2021-09571

Patient : Mr CHIADMI Mekki

Date prélèvement : 09/07/2021

Analyses	Valeur en B	Montant
Numération Formule Sanguine	80	107,20
IONOGRAMME SANGUIN	160	214,40
Transaminases	80	107,20
Phosphatases Alcalines	50	67,00
ACE : Antigène Carcino-Embryonnaire	250	335,00
Antigène CA19-9	400	536,00
<b>Total B</b>	<b>1020</b>	<b>1 366,80</b>
<b>APB</b>	<b>2,0</b>	<b>20,00</b>
<b>Total payé</b>		<b>1 200,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de : MILLE DEUX CENTS DIRHAMS \*\*\*

LABORATOIRE BENNIS  
ANALYSES MEDICALES  
26 Rue d'Iran Témara Centre  
Tél: 05 37 64 20 88 - Fax: 05 37 64 09 61

Mr CHIADMI Mekki

Dossier N° : 090721-1359

Page 1 / 22

### BIOCHIMIE

#### IONOGRAMME SANGUIN

		Valeurs Normales	Valeur	Préférence
Sodium	:	144,00 mEq/l	132 - 144	19,60 (28/06/21)
Potassium	:	3,80 mmol/l	3,7-5	36 (28/06/21)
Chlore	:	101,00 mEq/l	97-105	01,40 (28/06/21)
Réserve Alcaline	:	24,4 mmol/l	22	2,9 (28/06/21)
Protéines totales	:	59,3 g/l	66-80	
Calcium	:	89,70 mg/l	86-100	100 (28/06/21)
Glycémie à jeun	:	1,10 g/l 6,12 mmol/l	0,9-1,1 5,12	25 (28/06/21) 12 (19/05/21) 10 (12/05/21) 10 (28/05/21) 10 (22/05/21) 17 (13/01/21) 10 (25/11/20)
Urée	:	0,29 g/l 4,83 mmol/l	0,18-0,25 2,5-3	1,2 (23/06/21)
Créatinine	:	8,40 mg/l 74,30 umol/l	7-10 61,3-80	5,6 (28/06/21)
Transaminases				
SGOT ( Aspartate Aminotransferase )	:	29 UI/l	(Inférieure à 35)	3 (28/06/21)
SGPT ( Alanine Aminotransférase )	:	30 UI/l	(Inférieure à 35)	3 (28/06/21)
Phosphatases Alcalines	:	93,00 UI/l	(40-120)	10 (28/06/21)

### MARQUEURS SÉRIQUES

ACE : Antigène Carcino-Embryonnaire

(Technique : COBAS6000 )

Antigène CA19-9

(Technique : ECLIA/COBAS6000 )

Valeurs Normales

(Inférieure à 37)

(Inférieure à 37)

Nous vous remercions de votre compréhension

Dossier du: 09/07/2021

Code Patient : 18-04710

Mr. EL ADMI Mekki

Edité le: 09/07/2021

Référence : 090721-1350

Prescripteur: Dr MOUNIR BACHOUCHI



Page : 1/2

### HEMATOLOGIE

#### Numération Formule Sanguine

(Technique : Sysmex XN1000(SA-01))

			Valuers Usuelles	Antenorite
Erythrocytes	: 3,42	M/mm <sup>3</sup>	(3,5-5,5)	3,44 (28/06/21)
Hémoglobine	: 11,30	g/dl	(11-13)	11,30 (28/06/21)
Hématocrite	: 33,50	%	(30-50)	33,70 (28/06/21)
VGM	: 98	μ <sup>3</sup>	(70-95)	98 (28/06/21)
TCMH	: 33	pg	(17-22)	33 (28/06/21)
CCMH	: 34	%	(30-42)	34 (28/06/21)
Plaquettes	: 93 000	/mm <sup>3</sup>	(150 000-500 000)	93 000 (28/06/21)
Leucocytes	: 2170	/mm <sup>3</sup>	(1 000-10 000)	17000 (28/06/21)
Formule leucocytaire	:			
Polynucléaires Neutrophiles	: 41 % Soit	890/mm <sup>3</sup> (1 000-750)	760,00 (19/06/21)	
Polynucléaires Eosinophiles	: 1,4 % Soit	30/mm <sup>3</sup> (4-10)	30,00 (19/06/21)	
Polynucléaires Basophiles	: 0,5 % Soit	11/mm <sup>3</sup> (1-10)	21,00 (19/06/21)	
Lymphocytes	: 42,4 % Soit	920/mm <sup>3</sup> (1 000-700)	1108,00 (19/06/21)	
Monocytes	: 14,7 % Soit	319/mm <sup>3</sup> (11-60)	419,00 (19/06/21)	



Dr. Abdelali BENNIS