

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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 | adhésion@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.

<input type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>A</b>
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <b>873</b>	Société : <b>(80298)</b>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>MEHDI CHAOUKI</b>			
Date de naissance : <b>25/06/47</b>			
Adresse :			
Tél. : <b>0661344798</b> Total des frais engagés :			

<b>Cadre réservé au Médecin</b>	<b>Dr. Mounir BACHOUCHI</b> <b>Oncologue</b> <b>CLINIQUE D'ONCOLOGIE 16 NOVEMBRE</b> <b>22, Avenue Ahmed Belaïd - Rabat</b> <b>L.D : + 212 (5) 37 66 41 86</b> <b>Tel : +212 (5) 37 67 17 17 / Fax : +212 (5) 37 67 29 29</b> <b>INPE : 101016905</b>
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	Age:
Nom et prénom du malade :	<b>CHIADDOU TAKKIRI</b>
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfan
Nature de la maladie :	<b>T. Cancéro</b>
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'adhérent 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 : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_

Signature de l'adhérent(e) :

  
  


### RELEVE 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
24/07/21	Cl	GRT	INP : [REDACTED]	Dr. Mounir BACHOUCHI CLINIQUE D'ONCOLOGIE 12 Avenue Ahmed Benbelkacem - Rabat Tél: +212 (5) 37 67 11 / Fax: +212 (5) 37 67 29 29 INPE: 101015905

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Designation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE BENNIS ANALYSES MEDICALES 10 Rue d'Iran - Casablanca - Maroc Tél: 05 37 64 20 88 Fax: 05 37 64 20 89	24/07/21	B 37D + 1,0	400,00

### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	DEBUT D'EXECUTION [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	FIN D'EXECUTION [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	DATE DU DEVIS [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	DATE DE L'EXECUTION [REDACTED]

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	01433550
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel Therapeutique, nécessaire à la prothèse

24/07/2016

Mr Chadiji TAKKI

- NFS Pkg

- IONO Creat

- AST ALT

- PSL

LABORATOIRE BENNIS  
ANALYSES MEDICALES  
26 Rue d'Iran Témara Centre  
Tel: 0537 64 20 88 - Fax: 0537 64 09 61

Dr. Mounir BACHOUCHI  
Oncologue  
CLINIQUE D'ONCOLOGIE 16 NOVEMBRE  
22, Avenue Ahmed Balafrej - Rabat  
L.D. +212 (5) 37 67 17 / Tel. +212 (5) 37 67 29 29  
INPE : 1010169005

+212 (5) 37 67 17 17  
+212 (5) 37 67 29 29

22 Avenue Ahmed Balafrej - Rabat  
clinique@co16.ma

# 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 : 2021-09567

Patient : Mr CHIADMI Mekki

Date prélèvement : 24/07/2021

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
<b>Total B</b>	<b>370</b>	<b>495,80</b>
<b>APB</b>	<b>1,0</b>	<b>10,00</b>
<b>Total payé</b>		<b>400,00</b>

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

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

Dossier du: 24/07/2021

Code Patient : 18-04710

Mr CHAIDMI Mekki

Edité le: 24/07/2021

Référence : 240721-2738

Préscripteur: Dr MOUNIR BACHOUCHI



\*\*\*

Page : 1/2

### HEMATOLOGIE

Valeurs Usuelles

Antériorité

#### Numération Formule Sanguine

(Technique : Sysmex XN-300/SA-01)

Erythrocytes	:	3,56 M/mm <sup>3</sup>	(4,2 - 5,55 )	3,56 (16/07/21)
Hémoglobine	:	11,50 g/dl	(13 - 17 )	11,50 (16/07/21)
Hématocrite	:	34,10 %	(40 - 50 )	34,70 (16/07/21)
VGM	:	96 μ <sup>3</sup>	(80 - 95 )	97 (16/07/21)
TCMH	:	32 pg	(27 - 32 )	33 (16/07/21)
CCMH	:	34 %	(30 - 36 )	33 (16/07/21)
Plaquettes	:	132 000 /mm <sup>3</sup>	(150000 - 500000 )	172 000 (16/07/21)
Leucocytes	:	6760 /mm <sup>3</sup>	(4000 - 10000 )	6830 (16/07/21)

#### Formule leucocytaire :

- Polynucléaires Neutrophiles	:	83 % Soit	5611/mm <sup>3</sup> (2000 - 7500 )	582,00 (16/07/21)
Polynucléaires Eosinophiles	:	0,3 % Soit	20/mm <sup>3</sup> (40 - 500 )	23,00 (16/07/21)
Polynucléaires Éosophiles	:	0,6 % Soit	41/mm <sup>3</sup> ( Inférieur à 100 )	23,00 (16/07/21)
Lymphocytes	:	15,5 % Soit	1048/mm <sup>3</sup> (1500 - 4000 )	1040,00 (16/07/21)
Monocytes	:	0,6 % Soit	41/mm <sup>3</sup> (40 - 800 )	399,00 (16/07/21)

LABORATOIRE BENNIS  
ANALYSES MEDICALES  
26 Rue Iran - Témara Centre  
Tél: 0537 64 20 88 - 0537 64 00 61

Dr. Abdelali BENNIS

Mr CHIADMI Mekki

Dossier N° : 240721-2738

Page : 2/2

**BIOCHIMIE**

**IONOGRAMME SANGUIN**

		Valeurs Usuelles	Antériorité
Sodium	: 143,00 mEq/l	( 133 - 144 )	145,00 (16/07/21)
Potassium	: 4,10 mmol/l	( 3,7 - 5 )	4,20 (16/07/21)
Chlore	: 104,00 mEq/l	( 97 - 111 )	105,00 (16/07/21)
Réserve Alcaline	: 23,0 mmol/l	( 22 - 29 )	25,5 (16/07/21)
Protéines totales	: 58,8 g/l	( 66 - 88 )	
Calcium	: 95,40 mg/l	( 86 - 103 )	93,50 (16/07/21)
Glycémie à jeun	: 1,01 g/l 5,62 mmol/l	( 0,7 - 1,1 )	1,09 (16/07/21) 1,10 (09/07/21) 0,85 (28/06/21) 1,12 (29/06/21) 1,06 (12/06/21) 1,15 (29/05/21) 1,37 (22/05/21) ~~~
Urée	: 0,30 g/l 5,00 mmol/l	( 0,15 - 0,45 ) ( 2,5 - 8,33 )	0,27 (16/07/21)
Créatinine	: 9,00 mg/l 79,60 umol/l	( 7 - 13 ) ( 61,9 - 114,9 )	8,10 (16/07/21)
Transaminases			
SGOT ( Aspartate Aminotransférase )	: 35 UI/l	( Inférieur à 35 )	26 (16/07/21)
SGPT ( Alanine Aminotransférase )	: 38 UI/l	( Inférieur à 41 )	27 (16/07/21)
Phosphatases Alcalines	: 104,00 UI/l	( 40 - 129 )	96 (16/07/21)

LABORATOIRE BENNIS  
ANALYSES MEDICALES  
26 Rue Iran - Témara Centre  
Tél. 0537 64 26 42 Fax: 063 54 09 61

Dr.Abdelali BENNIS

Nous vous remercions de votre confiance