

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.

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.

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

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
	H		G		
	25533412	21433552			
	00000000	00000000			
	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

Prélèvement du 03/08/2021

Heure Prélèv. 09:16

Matricule :


3AZ2714

Référence : 108035445

03/08/2021

Mr. FADIL MED

Médecin: Dr. ELAMRI

EXAMENS DE SANG HEMATOLOGIE

Analyses	Résultats	Normes	Antécédents
----------	-----------	--------	-------------

NUMERATION GLOBULAIRE

Globules rouges.....	4.25	M/mm3	Homme (4.0 - 5.4)
Hemoglobine.....	10.1	g/100 ml	(13 - 15.5)
Hematocrite	33.3	%	(40 - 50)
V.G.M	78	μ 3	(80 - 95)
T.C.M.H.....	24	pg	(27 - 32)
C.C.M.H.....	30.3	%	(32 - 36)
Plaquettes	187	Mille/mm3	(150 000 - 400 000)
Globules blancs.....	98810	/mm3	(4 000 - 10 000)

FORMULE LEUCOCYTAIRE

Polynucléaires Neutrophiles: soit.....:	10	%	(50-75)
	9881	/mm3	(1000 - 7000)
Polynucléaires Eosinophiles: soit.....:	01	%	(0-4)
	988	/mm3	(0 - 10)
Polynucléaires Basophiles...: soit.....:	00	%	(0-1)
	0	/mm3	(0 - 10)
Lymphocytes.....	88	%	(25-35)
soit.....:	86953	/mm3	(1000 - 3000)
Monocytes	01	%	(2-8)
soit.....:	988	/mm3	(100 - 400)
AU TOTAL.....:	100		



063001135

LABORATOIRE D'ANALYSES
MEDICALES CHARFAOUI
Dr CHARFAOUI Mohamed
32 Bd My Youssef Khouribga
Tél: 05 23 49 66 49 / Fax: 05 23 49 78 94

Docteur CHARFAOUI Mohamed
Médecin Biologiste

Doctorat en Médecine : Université MOHAMED V de Rabat • Diplôme de Spécialité de C.H.U. Averouès Casablanca
Ex. Médecin Chef des Laboratoires et Transfusion de la province médicale de Khouribga • Ex. Médecin Attaché de F.A.R

Biochimie • Hématologie • Bactériologie • Immunologie • Mycologie • Parasitologie

32 Bd Moulay Youssef - Khouribga - Tél.: 05 23 49 66 49 - الهاتف: 05 23 49 78 94 - الفاكس: 05 23 49 66 49

مختبر التحاليل الطبية الشرفاوي
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES CHARFAOUI

Prélèvement du 03/08/2021

Heure Prélèv. 09:16

Matricule :



3AZ2714

Référence : 108035445

03/08/2021

Mr. FADIL MED

Médecin: Dr. ELAMRI

EXAMENS DE SANG
BIOCHIMIE

Analyses	Résultats	Normes	Antécédents
Glycemie à jeun.....:	1.18	g/l	(0,70 à 1,10)
soit.....:	6.55	mmol/l	(3.9 - 6.7)
PROTEINE C REACTIVE (CRP) (Agglutination)			
Titre	90.73	mg/l	<5
Réaction.....:	Positive		

**LABORATOIRE D'ANALYSES
 MEDICALES CHARFAOUI**
 Dr CHARFAOUI Mohamed
 32 Bd My Youssef Khouribga
 Tél : 05.23.49.66.49/Fax : 05.23.49.78.94



363001135

Docteur CHARFAOUI Mohamed
Médecin Biologiste

Doctorat en Médecine : Université MOHAMED V de Rabat • Diplôme de Spécialité de C.H.U. Averouès Casablanca
 Ex. Médecin Chef des Laboratoires et Transfusion de la province médicale de Khouribga • Ex. Médecin Attaché de F.A.R

Biochimie • Hématologie • Bactériologie • Immunologie • Mycologie • Parasitologie

32 Bd. Moulay Youssef - Khouribga - Tél.: 05 23 49 66 49 - الهاتف : 05 23 49 78 94 - الفاكس :

LABORATOIRE CHARFAOUI D'ANALYSES MEDICALES

32,Moulay Yossef Kouribga - Tél: 023.49.66.49 - Fax: 023.49.78.94

Docteur CHARFAOUI - Médecin Biologiste-

Mle 07739



Facture C

LE : 03/08/2021

Analyses effectuées le: 03/08/2021

Pour.....: **Mr. FADIL MED**

Sur prescription du: Dr ELAMRI

Code.....: 3AZ2714



Organisme.....:

Qualité du Patient :

N° du PC :

Matricule :

Bilan:

NFS=B80 CRP=B100 GLY=B30

Cotation : (B 210) 1.5 PC = 25.00

Montant Net : 325.30 **Dh**

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

TROIS CENT VINGT CINQ Dhs 30 Cts

Attijari Wafabank
N° de compte : 007 400 000000097 100088219
Agence de khouribga

N° de Patente : 42026036 ICE : 001571293000076

LABORATOIRE D'ANALYSES
MEDICALES CHARFAOUI
Tél: 023.49.66.49 / Fax: 023.49.78.94
Dr CHARFAOUI MOHAMED
N°32 MY YOUSSEF KHOURIBGA
Laboratoire CHARFAOUI
INPE: 063001135

Médecine générale

Echographie générale

Contrôle diabète et
des femmes enceintes

07739

—

الفحص بالصدى

مراقبة داء السكري

والنساء الحوامل

Ordonnance

Nom et Prénom: Fadil Nabil

- NPS

- CRP:

- TSH until NS

- glycémie à jeun

LABORATOIRE D'ANALYSES
MEDICALES CHARFAOUI
Dr CHARFAOUI Mohamed
32 Bd My Youssef Khouribga
Tél 05.23.49.66.49/Fax 05.23.49.78.94

Dr. GHIZLANE ELAIDI
Hôpital de la Haye Riad
Khouribga / Tel : 05.23.40.01.28

Hay Riad N°64, (Au dessus de la Banque Populaire 1er étage) – Khouribga
حي الرياض، رقم 64، (فوق البنك الشعبي - الطابق الأول) - خريبكة

Tél: 05 23 49 0128

Médecine générale
Echographie générale
Contrôle diabète et
des femmes enceintes

19/07/39

28/07/2021

الطب العام

الفحص بالصدى

مراقبة داء السكري

والنساء الحوامل

Ordonnance

Nom et Prénom:

Fadil Rottard

18/07/2021 : Tamise e

55,70 DH
Lot : K2006301
Per : 10-2023

79,70

UT.AV. 12 2022

PP.V.
79 70

25,00

LOT N° : 1299970

09366030/4

65,00

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV. :

225,70

20 7 11 P.M.

y Riad N°64, (Au dessus de la Banque Populaire 1er étage)

البنك الشعبي - الطابق الأول) - خريبكة

Médecine générale

الطب العام

Echographie générale

الفحص بالصدى

Contrôle diabète et
des femmes enceintes

مراقبة داء السكري

والنساء الحوامل

18/02/2014

Ordonnance

Nom et Prénom:

Fedil Nottaref

38, Bo 26

M. 07739

Naltopfen 100 -

231,00

PHARMACIE NAEDA
ZINIBER Zohra
15 Rue de La Mosquée
Tél/Fax: 023 561537 - Khouribga

GHIZLANE ELAMRI
Médecine Générale
Hay Riad N° 64 1er étage
Khouribga / Tél : 05 23 49.01.28

Hay Riad N°64, (Au dessus de la Banque Populaire 1er étage) – Khouribga
حي الرياض، رقم 64، (فوق البنك الشعبي – الطابق الأول) – خريبكة

Tél: 05 23 49 0128

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
21/01/2021			120 DH	DR. ZINOUNI Tel. 0523.43.12.28
18/01/2021			100 DH	DR. ZINOUNI Tel. 0523.43.12.28

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ZINOUNI Khouadra - Tél.: (03) 23.43.12.28	21/01/21	22540
PHARMACIE ZINOUNI Khouadra - Tél.: (03) 23.43.12.28	02/08/21	231,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE MEDICAL CHAKFAOUI N°32, AV. BOUSSAFAR, TÉL. 0322.49.65.49 / 0322.49.69.78	03/08/21	B21a	325,30

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

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			Coefficient des Travaux
	H 25533412 00000000	D 00000000 35533411	G 21433552 00000000	MONTANTS DES SOINS
	B 00000000 35533411			DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

nditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

biologie 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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

die 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07739 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom : FADIL Mohamed Autre :

Date de naissance : 14/10/1956

Adresse : Habilat Fullle

Tél: 0604331303 Total des frais engagés : 120,00 Dhs (Consultation) Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04/08/2021

Nom et prénom du malade : FADIL Mohamed Age : 1956

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 : Casablanca

Le : 02/08/2021

Signature de l'adhérent(e) :

