

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

Informations 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.

Pathologie 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 canaux, 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 canaux.

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.

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- 069444

NO: 81551

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01518 Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : NAJIB ABDESSLAM

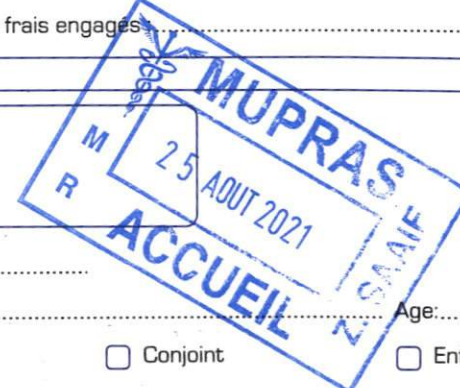
Date de naissance : 11/12/1952

Adresse : 141 dot la comme Sidi Nassir, Casablanca

Tél. : 06 29 79 28 21 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : 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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	31/07/11	B	913.0

AUXILIAIRES MEDICAUX

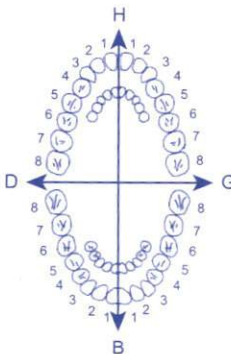
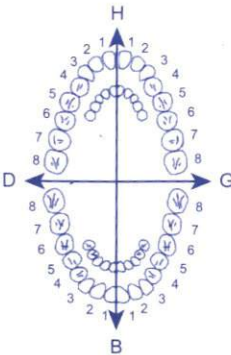
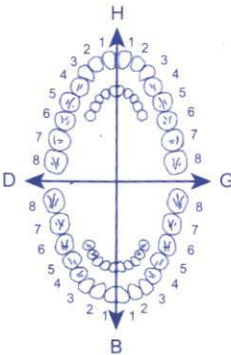
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																
					MONTANTS DES SOINS															
		O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX														
			<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	
H			H																	
25533412			21433552																	
00000000			00000000																	
D			G																	
00000000	00000000																			
35533411	11433553																			
B	B																			
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				DATE DU DEVIS																
				DATE DE L'EXECUTION																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef
Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux
20100 CASABLANCA
Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-863020
INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058

N° IPP :	1230660	N° SEJOUR :	210058931	FACTURE N° 2105036679		DATE D'ENTREE : 31/07/2021		DATE DE SORTIE : 31/07/2021			
ASSURE :				DESTINATAIRE : NAJIH,Samira							
MALADE : NAJIH,Samira											
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 :											
TIERS PAYANT 2 :				N° IMMAT C.N.S.S :							
REF. PC 1 :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :							
REF. PC 2 :				N° SE. SOC. ETRANG. :							
NATURE DE PRESTATION		LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
						% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
ACTES DE BIOLOGIE											
ACTES DE BIOLOGIE MEDICALE		B	830.00	1.10	913.00					0.00	913.00

Intervenant :	106999 EQUIPE BIOLOGISTES .	TOTAUX :	913.00						913.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :			PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
NEUF CENT TREIZE DHS			REMISE :	0.00	REGLE :			AVOIR :	
			RESTE DU:	913.00					
DATE FACTURE : 31/07/2021			EDITEE LE : 31/07/2021		PAR: MOURAD		ACCIDENT DE TRAVAIL :		
VISA			N° DE POLICE :		DATE AT :				
			Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef				
			BANQUE :		BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA				
			N° compte bancaire :		011 780 0000 70 210 00 60 028 31				

LABORATOIRE D'ANALYSE DE BIOLOGIE MEDICALE
CNSS DERB GHALLEF

Date du prélèvement : 31-07-2021 à 11:00

Code patient : 2107310013

Né(e) le : ()

IPP : 1230660



Mme NAJIH Samira

Dossier N° : 2107310013

Prescripteur :

EXTERNE

HEMATOLOGIE

HEMOGRAMME

(SYSMEX XN-450)

Leucocytes

7 980 /mm³ (4 000-10 000)

Hématies

4.65 10⁶/mm³

Lignée érythrocytaire

Hémoglobine

14.2 g/dL (12.0-17.0)

Hématocrite

43 % (37-52)

VGM

92 fl (80-95)

TCMH

31 pg (28-32)

CCMH

33 % (30-35)

Formule leucocytaire

Neutrophiles

54.0 % soit 4 309.20 /mm³ (2 000.00-7 500.00)

Eosinophiles

0.5 % soit 39.90 /mm³ (100.00-400.00)

Basophiles

0.3 % soit 23.94 /mm³ (0.00-150.00)

Lymphocytes

38.2 % soit 3 048.36 /mm³ (1 500.00-4 000.00)

Monocytes

7.0 % soit 558.60 /mm³ (200.00-800.00)

Numération plaquettaire

Plaquettes

224 000 /mm³ (150 000-400 000)

Volume Plaquettaire Moyen

10.5 fl (6.0-11.0)

وصفة
ORDONNANCE



Najeh
Samira

Le 03/07/21

- * NFS
- * Urée
- * Créat
- * Glycémie à jeun
- * Bilan lipidique
- * Ions Complet
- * CRP
- * TSH
- * Acide urique
- * Phosphore

MEI 0005
Bio 00036
00012
00019
0007
0009
00035
0021
0083
0001
0030
MAR 0015

LABORATOIRE D'ANALYSE DE BIOLOGIE MEDICALE CNSS DERB GHALLEF

2107310013 - Mme Samira NAJIH

BIOCHIMIE SANGUINE

Protéine C-réactive (CRP)	9.54 mg/L	(<6.00)
Glycémie à jeun (spectrophotometrie, biolab)	1.57 g/l	(0.74-1.10)
Phosphore minéral	44 mg/L	(25-45)
Sodium	144 mmol/L	(135-145)
Potassium	4.07 meq/L	(3.50-5.40)
Chlore	101 meq/L	(98-107)
Réserve alcaline	30 meq/L	(20-30)
Protéines totales	71 g/L	(64-83)
Calcium	93 mg/L	(84-102)
Acide urique	65 mg/L	(30-70)
Urée	0.26 g/l	(0.16-0.48)
Créatinine	7 mg/L	(5-12)

BILAN LIPIDIQUE

Cholestérol total	1.50 g/L	(1.50-2.00)
Triglycérides	1.21 g/L	(0.50-1.50)
Cholestérol - HDL	0.54 g/L	(0.40-0.80)
Cholestérol - LDL	0.72 g/L	(<1.50)

Indications thérapeutiques : Recommandations AFFSAPS

Prévention primaire :

Absence de facteur de risque	: < 2.20 g/L	soit 5.7 mmol/L
1 facteur de risque	: < 1.90 g/L	soit 4.9 mmol/L
2 facteurs de risques	: < 1.60 g/L	soit 4.1 mmol/L
Plus de 2 facteurs de risques	: < 1.30 g/L	soit 3.4 mmol/L

Prévention secondaire :

Maladie coronarienne	: < 1.00 g/L	soit 2.6 mmol/L
----------------------	--------------	-----------------

Les facteurs de risque sont l'âge (>50 ans pour l'homme et >60 ans pour la femme), les antécédents familiaux de maladie coronarienne précoce, l'hypertension artérielle, le diabète de type 2, le tabagisme et le cholestérol HDL <1.0 mmol/l (0.40 g/l)

BILAN ENDOCRINIEN

Thyréostimuline (TSH)	1.41 mUI/L	(0.27-4.20)
-----------------------	------------	-------------

Validé par :BENNAR Mohamed