

# 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.

## 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.

## Optique :

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

## Éducation :

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.

N° P19- 069444

NO : 81551

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01518 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : NAJAH ABDESSALAM

Date de naissance : 11/12/1952

Adresse : 141 lot La comme Sidi Naârif, Casablanca

Tél. : 06.29.99.28.21 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) : .....

## 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

## 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
	31/07/21	R	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	

## 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

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	<b>FACTURE N° 2105036679</b>				DATE D'ENTREE :		31/07/2021	DATE DE SORTIE :		31/07/2021
ASSURE :								DESTINATAIRE :		NAJIH, Samira			
MALADE :	NAJIH, Samira				UF: 5002 URGENCES								
NOM JEUNE FILLE :					N° IMMAT C.N.S.S :								
TIERS PAYANT 1 :					N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :								
TIERS PAYANT 2 :					N° SE. SOC. ETRANG. :								
REF. PC 1 :	REF. PC 2 :												
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 : NEUF CENT TREIZE DHS				PLAFOND PC :					ACOMPTE:		
				REMISE :	0.00	REGLE :			AVOIR:		
				RESTE DU:	913.00						
DATE FACTURE :	31/07/2021	EDITEE LE :	31/07/2021	PAR:	MOURAD	<u>ACCIDENT DE TRAVAIL :</u>					
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									

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

Code patient : 2107310013

Né(e) le : ()

IPP : 1230660



Mme NAJAH Samira

Dossier N° : 2107310013

Prescripteur :

EXTERNE

## HEMATOLOGIE

### HEMOGRAMME

(SYSMEX XN-450)

Leucocytes	7 980	/mm <sup>3</sup>	(4 000–10 000)
Hématies	4.65	10 <sup>6</sup> /mm <sup>3</sup>	

### 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	/mm <sup>3</sup>	(2 000.00–7 500.00)
Eosinophiles	0.5	%	soit	39.90	/mm <sup>3</sup>	(100.00–400.00)
Basophiles	0.3	%	soit	23.94	/mm <sup>3</sup>	(0.00–150.00)
Lymphocytes	38.2	%	soit	3 048.36	/mm <sup>3</sup>	(1 500.00–4 000.00)
Monocytes	7.0	%	soit	558.60	/mm <sup>3</sup>	(200.00–800.00)

### Numération plaquetttaire

Plaquettes	224 000	/mm <sup>3</sup>	(150 000–400 000)
Volume Plaquettaire Moyen	10.5	fl	(6.0–11.0)



وضفة  
ORDONNANCE

Najch  
Samira

Le 03/07/21

- + NFS
- \* Urée
- + Crétat
- + Glycémie à jeun
- + Bilan lipidique
- + Iono Complet
- + CRP
- + TSH
- + Acide urique
- \* Phosphore

HOM 0005  
Bio 0036  
0012  
0019  
007  
009  
0035  
0021  
0083  
0001  
0030  
HOR 0015

~~AJ~~

**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