

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.

Diagnostique 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 canalaire, 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 canalaire.

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

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



97932

Déclaration de Maladie : N° P19- 0012640

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1143 Société : RAN
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : BALMANE Mohamed Date de naissance : 01.01.1941
Adresse : Cité Djémâa Jamila 7ème étage 19 n° 15 Casablanca
Tél. : 0661789212 Total des frais engagés : 212,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22/12/2021
Nom et prénom du malade : Balmame Mohamed Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Neoplasme
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 : 29/12/2021
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
22/12/21				

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
EL FIBRAOUS Rue 14 N° 90 C.D. CASABLANCA	28/12/21	B160	212.60

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 canaux, ainsi que le bilan de l'

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																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></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></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS														
			DATE DU DEVIS														
		DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



RADIOTHERAPIE CONFORMATIONNELLE ET DOSIMETRIE 3D • RADIOTHERAPIE PAR MODULATION D'INTENSITE : IMRT • RAPID-ARC •
RADIO-CHIRURGIE STEREOTAXIQUE • CURIETHERAPIE HAUT DEBIT • MEDECINE NUCLEAIRE • ONCOLOGIE MEDICALE • ONCO. HEMATOLOGIE
GREFFE DE MOELLE OSSEUSE • RADIOLOGIE • CHIRURGIE CARCINOLOGIQUE • CHIRURGIE REPARATRICE ET ESTHETIQUE • SOINS INTENSIFS
REANIMATION ET TRAITEMENT DE LA DOULEUR • SOINS PALLIATIFS • RADIOFREQUENCE • DEPISTAGE ET DIAGNOSTIC DES TUMEURS

6. 22.12.2021

NR Balmain Noranda

4 / NFS, plate

2/ Use, Cizuk

Laboratoire d'Analyses Médicales
EL FIRDAOUS
Jamilia - Rue 14 N° 20 C.O.
CASABLANCA
Tél. 0 21 7 67 67 66 65 64 63 62 61 60 59 58 57 56 55 54 53 52 51 50 49 48 47 46 45 44 43 42 41 40 39 38 37 36 35 34 33 32 31 30 29 28 27 26 25 24 23 22 21 20 19 18 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1

05 20 66 68 90/91/92
 Spécialisée le Littoral
 Grande Ceinture Ain Diab
 05 22 79 69 86
 05 22 79 69 86

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES EL FIRDAOUS

BIOCHIMIE - BACTERIOLOGIE - VIROLOGIE - HEMATOLOGIE - IMMUNOLOGIE

Jamila 7, Rue 14, N°90 Cité Djemaâ 20450 -Casablanca (04).

Tél : 0522 57 64 21 – Fax : 0522 55 33 42

Dr Souad EL HAIMER

Médecin Spécialiste en Biologie Médicale

Lauréat de l'Université Hassan II -Faculté de Médecine de Casablanca

Domiciliation Bancaire : Banque populaire -Agence Oued Eddahab

Compte N° : 178 780 21 211 36 24 330 000 346

Identifiant commun de l'entreprise : 001660300000062

Patente : 57432824

INP : 093 000909

CNSS : 6418976

FACTURE N° : 211200433

CASABLANCA le 28-12-2021

Mr BALMANE Mohamed

Récapitulatif des analyses			
CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Prélèvement sanguin	E25	E
0111	Créatinine	B30	B
0135	Urée	B30	B
0216	Numération formule	B80	B

Total des B : 140

TOTAL DOSSIER : 212.60 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : deux cent douze dirhams soixante centimes.

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
EL FIRDAOUS
Jamila 7, Rue 14 N° 90 C.D.
CASABLANCA
Tél. 56 22 57 64 21 - Fax 56 22 55 33 42

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES EL FIRDAOUS

BIOCHIMIE - BACTERIOLOGIE - VIROLOGIE - HEMATOLOGIE - IMMUNOLOGIE

Jamila 7, Rue 14, N°90 Cité Djemaâ 20450 -Casablanca (04).

Tél : 0522 57 64 21 – Fax : 0522 55 33 42

Dr Souad EL HAIMER

Médecin Spécialiste en Biologie Médicale

Lauréat de l'Université Hassan II -Faculté de Médecine de Casablanca

Date du prélèvement : 28-12-2021 à 08:46

Code patient : 2002110082

Né(e) le : 01-01-1941 (80 ans)

Mr BALMANE Mohamed

Dossier N° : 2112280031

Prescripteur :



HEMATOLOGIE

HEMOGRAMME

(Sysmex XT-1800i)

21-12-2021

Hématies	5.50 /mL	(4.50-5.50)	6.01
<u>Lignée érythrocytaire</u>			
Hémoglobine	14.6 g/dL	(13.0-17.4)	15.7
Hématocrite	42.6 μ^3	(40.0-52.0)	46.5
VGM	77.5 %	(80.0-96.0)	77.4
TCMH	27 pg	(27-32)	26
CCMH	34 %	(30-35)	34

Formule leucocytaire

Leucocytes	6 860 /mm ³	(4 000-10 000)	10 140
21-12-2021			
Neutrophiles	62 % soit 4 253 /mm ³	(2 000-7 500)	5070
Eosinophiles	3 % soit 206 /mm ³	(100-400)	304
Basophiles	0 % soit 0 /mm ³	(0-150)	0
Lymphocytes	28 % soit 1 921 /mm ³	(1 500-4 000)	3955
Monocytes	7 % soit 480 /mm ³	(200-800)	811

Numération plaquettaire

Plaquettes	217 000 /mm ³	(150 000-450 000)	284 000
------------	--------------------------	-------------------	---------

Validé par : Dr. Souad EL HAIMER

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
EL FIRDAOUS
Jamila 7 Rue 14 N° 90 C.D.
CASABLANCA
Tél : 05 22 57 64 21 - Fax : 05 22 55 33 42

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES EL FIRDAOUS

BIOCHIMIE - BACTERIOLOGIE - VIROLOGIE - HEMATOLOGIE - IMMUNOLOGIE

Jamila 7, Rue 14, N°90 Cité Djemaâ 20450 -Casablanca (04).

Tél : 0522 57 64 21 – Fax : 0522 55 33 42

Dr Souad EL HAIMER

Médecin Spécialiste en Biologie Médicale

Lauréat de l'Université Hassan II -Faculté de Médecine de Casablanca

2112280031 – Mr BALMANE Mohamed

BIOCHIMIE SANGUINE

Urée	0.21	g/l	(0.15–0.50)	21–12–2021
	3.50	mmol/L	(2.50–8.33)	0.26
Créatinine	9.76	mg/L	(6.00–13.00)	21–12–2021
	86.3	μmol/L	(53.0–114.9)	8.24

Validé par : Dr. Souad EL HAIMER

[Signature]
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
EL FIRDAOUS
Jamila 7 Rue 14 N° 90 C.D.
CASABLANCA
Tél. 05 22 57 64 21 Fax 05 22 55 33 42