

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 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° W21-660508

(98169)

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 19640 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : BENELLOUN REDA

Date de naissance : 75 Bis Allée chant de oiseaux 01/01/1990

Adresse : 75 Bis Allée chant de oiseaux

Hermillage CASABLANCA

Tél. : 0662762963 Total des frais engagés : 575,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Anis ACHARGUI
Chirurgien Orthopédiste
105, Bd. 2 Mars, Casablanca
Tél: 0522 81 81 16 - N° 091170910

Date de consultation : 21/12/2021

Nom et prénom du malade : Benjelloun Reda Age : 31 ans

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection d'urgence

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 : 23/12/2021

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
21/10/21	C.S.	8072		Dr. A. MLIYI Chirurgien Orthopédiste 105, Bd. 2 Mars, Casablanca Tél: 0522 81 81 16 - INP 091170910

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MODIBO KEITA 728, Bd. Modibo Keita Tél: 05 22 82 65 24 - Casablanca	25.10.21	275,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Centre de Biologie S. S. A. Dr. A. MLIYI 127 - 129, Pierre Ngilano Casablanca Tél: 05 22 81 58 78 Groupe d'Analyses Médicales	25.10.21	B. 250	275,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">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 colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Date :

21/10/2021

Ordonnance

MR BENJELLOUN REDA



FAIRE SVP:

TP, TCK
NFS, PLQ
UREE, CREAT

Dr Anis ACHARGUI
Chirurgien Orthopédiste
105, Bd. 2 Mars, Casablanca
Tél: 0522 81 81 16 - INP 091170910



MR BENJELLOUN REDA

Dossier N° : 10136B28R9

Prescripteur Dr.ANIS ACHARGUI

Date de prélèvement : 25/10/2021

Compte rendu d'analyses

VN

Antériorités

NUMERATON DE LA FORMULE SANGUINE

HEMOGRAMME

Leucocytes.....	5520	/mm ³	4000-10000
Hématies.....	4.95	millions/mm	4,5 - 5,5
Hémoglobine.....	14.4	g/dl	14 - 17
Hématocrite.....	42	%	42 - 50
- VGM.....	85	fl (μ ³)	80 - 100
- TCMH.....	29	pg	28 - 32
- CCMH.....	34	g/dl	34 - 38

FORMULE LEUCOCYTAIRE

PN Neutrophiles.....	39	%	(40-70)
Soit :	2153	/mm ³	2000 - 7000
PN Eosinophiles.....	0	%	(0-2)
Soit :	0	/mm ³	0 - 500
PN Basophiles.....	0	%	(0-0,2)
Soit :	0	/mm ³	0 - 50
Lymphocytes.....	53	%	(20-40)
Soit :	2926	/mm ³	1500-3000
Monocytes.....	8	%	(4-10)
Soit :	442	/mm ³	100 - 900

PLAQUETTES

Taux de plaquettes.....	215	x10 ³ /mm ³	150 - 450 000 25/10/2021 : 215
-------------------------	-----	-----------------------------------	--------------------------------

HEMOSTASE

Temps de céphaline activée

---> Témoin.....	30	Sec	
---> Patient.....	29	Sec	±5 Sec/T
Taux de prothrombine.....	89	%	70 - 140

BIOCHIMIE

Créatinine plasmatique.....	7	mg/l	6 - 13
Urée plasmatique.....	0.25	g/l	0,15 - 0,50



