

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.



# Declaration de Maladie

N° W21-655952

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 873		Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	103955
Nom & Prénom : MEKKI CHIADMI			
Date de naissance : 25/06/47			
Adresse :			
Tél. : 06613244798		Total des frais engagés :	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
 <i>Mekki chiadmi</i>			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <i>oncologique</i>			
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'atomecien conseil de la Mutuelle.			

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je 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
04.01.2022	ce	97000	Dr. BAROUDI Saad Spécialiste en INPAC Cheikh Zaid	01100618
06.01.2022	ce	30000	Dr. BAROUDI Saad Chirurgie Viscérale Cheikh Zaid	01100618

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

#### **ANALYSES - RADIOPHARMACIES**

Cachet et signature du Laboratoire et/ou Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<b>BORATOIRE DE RADIOPHYSIQUE</b> Laboratoire de Radiologie Algiers 1000, 10ème étage Téléphone : 351-51-51 Fax : 351-51-51-51 E-mail : Massira.Graoui@orange.dz	01/01/2013	01.22 B. 70	573,00 Dh
	01/01/2013	01.22 B. 70	104,00 Dh

#### AUXILIAIRES MEDICALIX

#### VIOLET ADHESIVE

#### **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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>												
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>												
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>												
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>												
<b>O.D.F PROTHESSES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>															
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>												
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>												
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>												

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



Rabat, le : 04.01.2021

Docteur :

Chrabui Takkri

- Boli Totale  
- B-HT - Prise de , indigeste

**LABORATOIRE SEHA TEMARA**  
**مختبر التحاليل الطبية**  
Laboratoire d'Analyses Médicales  
Angle Av. Jazir Ibn Ziyad et Av. Ibn Sina, N° 166.  
Témara - Préfecture de Skhirate - Témara  
Tél/Fax : 0537 58 05 13 / GSM : 06 61 15 73 83

**PR. AL BAROUDI Saad**  
Spécialiste en Chirurgie Viscérale  
INBP : 01100618  
Hôpital Cheikh Zaid  
...



**LABORATOIRE  
SEHA TEMARA**

**مختبر التحاليلات الطبية  
LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES**

**Date du prélèvement :** 04-01-2022 à 18:47  
**Code patient :** 20220104008  
**Né(e) le :** 01-06-1947 (74 ans)



**M. CHIADMI Mekki**  
Dossier N° : 20220104008  
Prescripteur :

### BIOCHIMIE SANGUINE

#### Dosage de la bilirubine :

<b>Bilirubine Totale</b>	84.9	mg/L	(3.0-12.0)
	144	μmol/L	(5-20)
<b>Bilirubine conjuguée (directe)</b>	31.7	mg/L	(<3.0)
	53.9	μmol/L	(<5.1)
<b>Bilirubine libre (indirecte)</b>	53.2	mg/L	(<7.0)
	90.4	μmol/L	(<11.9)



**LABORATOIRE SEHA TEMARA**  
Médecin biologiste  
**مختبر التحاليلات الطبية**  
**Laboratoire d'Analyses Médicales**  
Angle Av. Tarik Ibn Ziyad et AV. Ibn Sina,  
N° 166, 1<sup>er</sup> étage Massira II - Témara  
Tél./Fax: 0537 58 05 13 - Gsm : 0661 15 73 83  
Email : Labosehatemara@gmail.com



Rabat, le : 06.01.2022

Docteur :

Imad mi Mekki

- Bili - Acide, indirect.

- Bili Totale

- Ch P

- ASAT

- ALAT

- NFS

**LABORATOIRE SEHA TEMARA**  
اللaboratoire للحالات الطارئe  
Laboratoire d'Analyses Médicales  
Angle Av. Tariq Ben Ziyad et Av. Ibn Sina N° 16b.  
Témara - Préfecture de Skhirate - Témara  
Tel/Fax : 0637 58 05 / 3 - Esm : 06 61 15 73 83





**Date du prélèvement :** 06-01-2022 à 17:24  
**Code patient :** 20220104008  
**Né(e) le :** 01-06-1947 (74 ans)



**M. CHIADMI MEKKI**  
**Dossier N° :** 20220106005  
**Prescripteur :**

## **HEMATOLOGIE**

### **NUMERATION FORMULE SANGUINE (NFS)** (SYSMEX XN330/ BECKMAN COULTER DxH520)

#### Lignée érythrocytaire

Hématies	<b>3.57</b>	M/mm <sup>3</sup>	(4.00–5.65)
Hémoglobine	12.7	g/dL	(12.5–17.2)
Hématocrite	<b>34</b>	%	(37–49)
VGM	95	fL	(80–101)
TCMH	<b>36</b>	pg	(27–34)
CCMH	<b>37</b>	g/dL	(32–36)

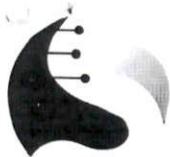
#### Formule leucocytaire

Leucocytes		<b>3 010</b>	/mm <sup>3</sup>	(3 600–10 500)
Neutrophiles	65	%	soit	<b>1 950</b> /mm <sup>3</sup>
Eosinophiles	<b>0</b>	%	soit	<b>0</b> /mm <sup>3</sup>
Basophiles	0	%	soit	0 /mm <sup>3</sup>
Lymphocytes	31	%	soit	<b>840</b> /mm <sup>3</sup>
Monocytes	4	%	soit	220 /mm <sup>3</sup>

#### Numération plaquetttaire

Plaquettes		<b>117 000</b>	/mm <sup>3</sup>	(150 000–450 000)
Volume Plaquettaire Moyen		10.8	fl	(6.0–11.0)

Les valeurs de référence sont en fonction de l'âge , du sexe , état physiologique du patient(e) et âge de grossesse.



20220106005 - M. MEKKI CHIADMI

**BIOCHIMIE SANGUINE**

<b>Bilirubine Totale</b>	<b>106.9</b>	mg/L	(3.0-12.0)	04-01-2022
<b>Bilirubine conjugée (directe)</b>	<b>182</b>	μmol/L	(5-20)	84.9
<b>67.0</b>	mg/L	(<3.0)		31.7
<b>Bilirubine libre (indirecte)</b>	<b>113.9</b>	μmol/L	(<5.1)	
<b>39.9</b>	mg/L	(<7.0)		53.2
<b>67.8</b>	μmol/L	(<11.9)		

**Dosage de la bilirubine :**

<b>Bilirubine Totale</b>	<b>106.9</b>	mg/L	(3.0-12.0)
<b>ALAT (GPT)</b> (Enzymatique sur AU480 Beckman Coulter)	<b>182</b>	μmol/L	(5-20)
<b>ASAT (GOT)</b> (Enzymatique sur AU 480 Beckman Coulter)	<b>193</b>	UI/L	(<50)
	<b>179</b>	UI/L	(<50)

**BILAN INFLAMMATOIRE**

<b>Protéine C-réactive (CRP)</b> (Immunoturbidimétrie sur AU 480 Beckman Coulter)	<b>32.4</b>	mg/L	(<5.0)
--	-------------	------	--------

**LABORATOIRE SEHA TEMARA**  
**مختبر التحاليلات الطبية**  
**Laboratoire d'Analyses Médicales**  
 Laboratoire d'Analyses Biologiques  
 Angle Av. Tarik Ibn Ziyad et Av. Ibn Sina,  
 N° 166, 1<sup>er</sup> étage Massira II - Témara  
 Tél./Fax: 0537 58 06 19 . GSM : 0661 15 73 83  
 Email : Labosehatemara@gmail.com



## FACTURE N° : 220100007

Témara le 04-01-2022

M. CHIADMI Mekki

Récapitulatif des analyses		
CN	Analyse	Clé
0103	Bilirubine (Totale Directe et Indirecte)	B70
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	E10

Total des B : 70

TOTAL DOSSIER : 104 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : cent quatre dirhams .

**LABORATOIRE SEHA TEMARA**  
مختبر التحاليل الطبية  
**Laboratoire d'Analyses Médicales**  
Angle Av. Tarik Ben Ziyad et AV. Ibn Sina,  
N° 166, 1<sup>er</sup> étage Massira II - Témara  
Tél./Fax: 0537 58 06 13 . Gsm : 0661 15 73 63  
Email : Labosehatemera@gmail.com

INPE : 103064564

## FACTURE N° : 220100008

Témara le 06-01-2022

M. CHIADMI MEKKI

Récapitulatif des analyses		
CN	Analyse	Clé
0103	Bilirubine (Totale Directe et Indirecte)	B70
0370	CRP (Protéine C réactive)	B100
0216	Numération formule	B80
0103	Bilirubine (Totale Directe et Indirecte)	B70
0146	Transaminases O (TGO)	B50
0147	Transaminases P (TGP)	B50
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	E10

Total des B : 420

TOTAL DOSSIER : 573 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : cinq cent soixante-treize dirhams .

**LABORATOIRE SEHA TEMARA**  
مختبر التحاليل الطبية  
**Laboratoire d'Analyses Médicales**  
Angle Av. Tariq Ibn Ziyad et AV. Ibn Sina,  
N°100, 1<sup>er</sup> étage Massira II - Témara  
Tél./Fax: 0537 58 05 13 . Gsm : 0661 15 73 83  
Email : Labosehatemara@gmail.com

INPE : 103064564