

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 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 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

Nº W21-655954

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>873</u>	Société : <u>103948</u>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>MEKKI CHIADM</u>			
Date de naissance : <u>25/06/47</u>			
Adresse :			
Tél. : <u>0661344798</u> Total des frais engagés :			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : 			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : <u>Chiaadmi Me Kiki</u> Age:			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <u>T. Pommeiros</u>			
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
20/12/2011	3	G		INP : 1234567890 BACHOUCHI 21-12-2011 15 NOVEMBRE 2011

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
 LABORATOIRE BENNIS ANALYSES MEDICALES 26 Rue d'Avignon - Temara Centre Tél: 0537 62 28 88 - Fax: 051-61 69 00	20 Juillet 2004 Tél: 0537 62 28 88 - Fax: 051-61 69 00	TOURNIQUET SÉDATION RADILOGIE CENTRE TEMARA Tél: 051-61 69 00	1000000

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																														
D.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																																	
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 0 5px;"></td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 0 5px;"></td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 0 5px;"></td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 0 5px;"></td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">G</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 0 5px;"></td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 0 5px;"></td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">H</td> <td colspan="3" style="border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">35533411 11433553</td> </tr> </table>			H		25533412		21433552	D		00000000		00000000	G					B		00000000		00000000	H					B		35533411 11433553			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H		25533412		21433552																														
D		00000000		00000000																														
G																																		
B		00000000		00000000																														
H																																		
B		35533411 11433553																																
	<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession</p>			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'EXÉCUTION

D^r FATMA BEN ABID

oncoLoque

diplômé de l'université de Paris
EX Médecin à René Huguenin

diagnostic et traitement des cancers
soins de support en onco-hématologie

الدكتورة فاطمة بن عبيد

اختصاصية في علاج الأورام

خريج كلية الطب بباريس
طبيب سابق بمستشفى رينيه هوجنين

تشخيص وعلاج الأورام
الرعاية الداعمة في أمراض الدم

CO16

CLINIQUE D'ONCOLOGIE
16 NOVEMBRE

30 décembre 2021

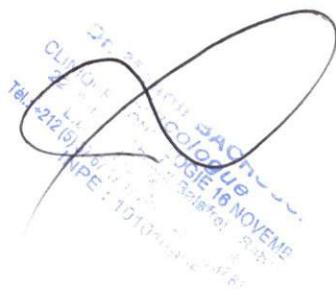
Mr. CHIADMI Mekki



210423094101NO

LABORATOIRE BENNIS
ANALYSES MEDICALES
26 Rue d'Iran Témara Centre
Tel: 0537 64 20 88; Fax: 0537 64 09 61

NFS plaquettes
Ionogramme complet
Urée ,Créatinine
CRP
Procalcitonine
D-Dimères



✉ +212 (6) 69 00 00 48

📞 +212 (5) 37 67 17 17 L.G

📠 +212 (5) 37 66 41 66 L.D

📠 +212 (5) 37 67 29 29

✉ fbenabid@co16.com

Clinique d'oncologie du 16 novembre

📍 22 Avenue Ahmed baLafrej - rabat

✉ clinique@co16.ma

LABORATOIRE BENNIS D'ANALYSES MEDICALES

Dr. BENNIS Abdelali

Adresse: 26, Rue Iran - Témara Centre - Téléphone : 05 37 64 20 88 - Fax : 05 37 64 12 46



INPE : 103002804

Facture

N° facture : 2022-00847

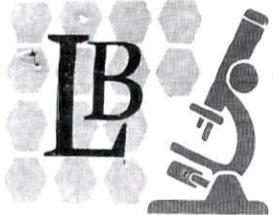
Patient : Mr CHIADMI Mekki

Date prélèvement : 30/12/2021

Analyses	Valeur en B	Montant
Numération Formule Sanguine	80	107,20
IONOGRAMME SANGUIN	160	214,40
Protéine C Réactive (CRP)	100	134,00
PROCALCITONINE	400	536,00
D Dimères	300	402,00
Total B	1040	1 393,60
APB	1,0	10,00
Total payé		1 400,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : MILLE QUATRE CENTS DIRHAMS ***

LABORATOIRE BENNIS
ANALYSES MEDICALES
26 Rue d'Iran - Témara Centre
Tél: 0537 64 20 88 - Fax: 0537 64 09 67



**HEMATOLOGIE
IMMUNOLOGIE
PARASITOLOGIE
MYCOLOGIE**

**مختبر بنيس للتحاليل الطبية
Laboratoire BENNIS d'Analyses Médicales**

الدكتور عبد العالى بنيس - طبيب إحيانى
Docteur Abdelali BENNIS - Médecin Biologiste

Dossier du: 30/12/2021
Édité le: 30/12/2021

Code Patient : 18-04710
Référence : 301221-4056

Mr CHIADMI Mekki



Page : 1/3

HEMATOLOGIE

Numération Formule Sanguine

(Technique : Sysmex XN1000(SA-01))

		Valeurs Usuelles	Antériorité
Erythrocytes	:	4,38 M/mm ³	(4,2 - 5,55) 3,61 (18/10/21)
Hémoglobine	:	13,30 g/dl	(13 - 17) 11,90 (18/10/21)
Hématocrite	:	39,60 %	(40 - 50) 36,40 (18/10/21)
VGM	:	90 μ ³	(80 - 95) 101 (18/10/21)
TCMH	:	30 pg	(27 - 32) 33 (18/10/21)
CCMH	:	34 %	(30 - 36) 33 (18/10/21)
Plaquettes	:	87000 /mm ³	(150000 - 500000) 123 000 (18/10/21)
Leucocytes	:	2260 /mm ³	(4000 - 10000) 3190 (18/10/21)
Formule leucocytaire	:		
Polynucléaires Neutrophiles	:	40,3 % Soit 911/mm ³ (2000 - 7500)	1423,00 (18/10/21)
Polynucléaires Eosinophiles	:	0,4 % Soit 9/mm ³ (40 - 500)	19,00 (18/10/21)
Polynucléaires Basophiles	:	0 % Soit 0/mm ³ (Inférieur à 100)	29,00 (18/10/21)
Lymphocytes	:	52,7 % Soit 1191/mm ³ (1500 - 4000)	1471,00 (18/10/21)
Monocytes	:	6,6 % Soit 149/mm ³ (40 - 800)	249,00 (18/10/21)
Resultat contrôlé			

LABORATOIRE BENNIS
ANALYSES MEDICALES
26 Rue Iran Témara Centre
Tél. 0537 64 20 88 Fax: 051 51 09 61

Dr. Abdelali BENNIS

Mr CHIADMI Mekki

Dossier N° : 301221-4056

Page : 2/3

BIOCHIMIE

IONOGRAMME SANGUIN

		Valeurs Usuelles	Antériorité
Sodium	: 140,20 mEq/l	(133 - 144)	138,90 (18/10/21)
Potassium	: 3,73 mmol/l	(3,7 - 5)	4,03 (18/10/21)
Chlore	: 101,10 mEq/l	(97 - 111)	102,20 (18/10/21)
Réserve Alcaline	: 25,8 mmol/l	(22 - 29)	26,3 (18/10/21)
Protéines totales	: 61,8 g/l	(66 - 88)	98,50 (18/10/21)
Calcium	: 85,30 mg/l	(86 - 103)	1,13 (18/10/21)
Glycémie à jeun	: 1,00 g/l 5,56 mmol/l	(0,7 - 1,1)	0,80 (20/09/21) 0,98 (11/09/21) 0,99 (04/09/21) 1,05 (23/08/21) 1,00 (16/08/21) 1,01 (24/07/21) ~~~
Urée	: 0,33 g/l 5,49 mmol/l	(0,15 - 0,45) (2,5 - 8,33)	0,47 (18/10/21)
Créatinine	: 9,10 mg/l 80,40 umol/l	(7 - 13) (61,9 - 114,9)	11,00 (18/10/21)

IMMUNOLOGIE

CRP

(Technique : Immunoturbidimétrique) : <6 mg/l (Inférieur à 6) <6 (01/10/21)

MARQUEURS

PROCALCITONINE

Valeurs de référence: : 0,064 ng/ml

Valeurs Usuelles

Antériorité

Inf à 0.50 ng/ml :

- Personnes en bonne santé.
- Faible risque de sepsis sévère ou choc septique

de 0.50 à 2.00 ng/ml

- Infection bactérienne possible à interpréter en fonction du contexte clinique(taux à contrôler sous 24 h)

Sup à 2.00 ng/ml :

- Risque élevé de sepsis sévère ou de choc septique

Dr. Abdelali BENNIS
ANALYSES MEDICALES
26 Rue d'Istanbul - Témara Centre
Tél: 0537 64 20 88 - Fax: 0537 64 20 89
09/09/21

Mr CHIADMI Mekki

Dossier N° : 301221-4056

Page : 3/3

BIOCHIMIE SPECIALISEE

D Dimères

(Technique : ELFA VIDAS)

Résultat

: 536,23 ng/ml

Valeurs Usuelles

Antériorité

(Inférieur à 500)

LABORATOIRE BENNIS
ANALYSES MEDICALES
26 Rue d'Iran Témara Centre
Tél: 0537 64 20 88 - Fax: 0537 64 09 61

Dr. Abdelali BENNIS

Nous vous remercions de votre confiance