

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

tions 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.

Education :

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03309 Société : ROYAL AIR MAROC

Actif Pensionné(e) Autre:

Nom & Prénom : Aït BELLOUÏS NADIA

Date de naissance : 28/11/66

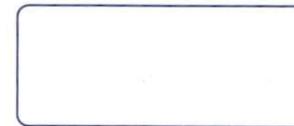
Adresse : inara 2 route S. m. 18

Tél. : 05 22 22 78 18 Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

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 - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	18/02/22	3133	150,20

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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
				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

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H 25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553
D 00000000 B 035533411	G 00000000 B 11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



Date : 18 / 02 / 2012

BILAN BIOLOGIQUE

Nom et Prénom : Ali Belouafa Soudain

Service : HDJ Consult-Urg Hospit Réa Hémato

- | | | |
|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> NFS - Pq | <input type="checkbox"/> Hémog. Glyquée | <input type="checkbox"/> Troponine |
| <input type="checkbox"/> Groupage - Rh | <input type="checkbox"/> Calcémie | <input type="checkbox"/> Pro-BNP |
| <input type="checkbox"/> RAI | <input type="checkbox"/> ASAT – ALAT | <input type="checkbox"/> Cortisolémie 8h |
| <input type="checkbox"/> TP – TCK | <input type="checkbox"/> BC – BN – BT | <input type="checkbox"/> βHCG |
| <input type="checkbox"/> INR | <input type="checkbox"/> Gamma GT | <input type="checkbox"/> αFP |
| <input type="checkbox"/> Fibrinogène | <input type="checkbox"/> PAL | <input type="checkbox"/> ACE |
| <input type="checkbox"/> D-Dimères | <input type="checkbox"/> Cholestérol | <input type="checkbox"/> CA 125 |
| <input type="checkbox"/> Ferritine | <input type="checkbox"/> LDL, HDL | <input type="checkbox"/> CA19-9 |
| <input type="checkbox"/> CRP | <input type="checkbox"/> Triglycérides | <input type="checkbox"/> CA15-3 |
| <input type="checkbox"/> VS | <input type="checkbox"/> Vitamine D | <input type="checkbox"/> PSAT |
| <input type="checkbox"/> PCT | <input type="checkbox"/> TSH | <input type="checkbox"/> ECBU |
| <input type="checkbox"/> Ionogramme | <input type="checkbox"/> LDH | <input type="checkbox"/> Hémoculture |
| <input checked="" type="checkbox"/> Urée – Crétat. | <input type="checkbox"/> Lipasémie | <input type="checkbox"/> Copro-parasito |
| <input type="checkbox"/> Glycémie | <input type="checkbox"/> Amylasémie | des selles |

Autres :

Signature et cachet du Médecin

06-57-24-26-45

khallad

LABORATOIRE 2 MARS D'ANALYSES MEDICALES

Dr. BENCHEKROUN MHAMMED LOUTFI

Spécialiste en biologie médicale

102, Av 2 Mars quartier des Hôpitaux (en face de KFC)

Tél : 0522 865 054 - Fax: 0522 864 844 - E-mail: laboanalyses2mars@gmail.com

TP : 36339707 - ICE : 002 117477000018 - INPE : 093062271 - IF : 26070433 - CNSS : 1088383

Facture

CASABLANCA , le 18/02/2022

N° facture : 22-02523

Édité le : 18/02/2022

RYAD ONCOLOGIA CLINIC

Patient : Mme AIT BELOUALI Saadia

Date prélèvement 18/02/2022 11:14

Analyses	Nombre B	Montant
NFS+PLQ	83	110,00
CREATININE	30	40,20
	Total B	113
	APB	1,0
	Total	150,20

Arrêtée la présente facture à la somme de : Cent cinquante dirhams 20 centimes***





مختبر 2 مارس للتحليلات الطبية

LABORATOIRE 2 MARS D'ANALYSES MEDICALES

DR. BENCHEKROUN MHAMMED LOUTFI

Ancien Docteur Biologiste
au CHU Ibn Rochd - Casablanca

د. بنشرعون محمد لطفي

دكتور إحياني سابق

بالمركز الإستشفائي الجامعي ابن رشد بالدار البيضاء

Prélèvement du: 18/02/2022 11:14

Mme AIT BELOUALI Saadia

Edition du : 18/02/2022

Dossier N° : 180222-054

Demandé par Dr OMAR ALAMI

Prélèvement effectué à Ryad Oncologia Clinique

Page : 1/2

HEMATOLOGIE

Valeurs Usuelles

NUMERATION FORMULE SANGUINE AVEC PLAQUETTES

Tech .Mindray BC-5380

HEMATIES

Hémoglobine	:	3,68 M/mm ³	(4 - 5,3)
Hématocrite	:	11,2 g/dL	(11,5 - 18)
VGM	:	35,4 %	(37 - 46)
TCMH	:	96 fL	(80 - 95)
CCMH	:	30 pg	(27 - 33)
	:	32 g/dL	(32 - 36)
LEUCOCYTES	:	6 000 /mm ³	(4000 - 10000)

FORMULE LEUCOCYTAIRE

Polynucléaires Neutrophiles	:	57% Soit 3420/mm ³	(2000 - 7500)
Lymphocytes	:	33% Soit 1980/mm ³	(1500 - 4000)
Monocytes	:	8% Soit 480/mm ³	(40 - 1200)
Polynucléaires Eosinophiles	:	2% Soit 120/mm ³	(Inférieur à 400)
Polynucléaires Basophiles	:	0% Soit 0/mm ³	(Inférieur à 100)

PLAQUETTES

:

267 000 /mm³ (150000 - 450000)

BIOCHIMIE

Valeurs Usuelles

CREATININE

(tech.enzymatique colorimétrique)

6,66 mg/l (5,12 - 6)
60,54 /l/jour (53,09 - 97,35)

Tel: +212 522 865 054 - Fax : +212 522 864 844 - Urgences : +212 771 090 961 - Email : laboanalyses2mars@gmail.com

102, Avenue 2 Mars, Casablanca

Biologie Médicale et Spécialisée

d'Analyses Médicales

LABORATOIRE 2 MARS

Horaires d'ouverture : Toute la semaine 7j/7 de 7h30 à 19h30

102, Av 2 mars Quartier des Hôpitaux (en face de KFC) Casablanca

Tél: +212 522 865 054 - Fax : +212 522 864 844 - Urgences : +212 771 090 961 - Email : laboanalyses2mars@gmail.com

IF : 26070433 - CNSS : 1088382 - TP : 36339707 - INPE : 093062271 - ICF : 002117477000018