

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

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

iologie 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.

tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

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

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 : 106189

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ABDELLOUIS AYOUBI

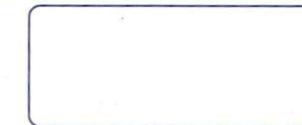
Date de naissance : 28/11/1966

Adresse : Imara 8 Avenue 50 5 n° 118

Tél. : 069 67 80 170 Total des frais engagés : Dhs

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

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	28/11/22	B23, R15	110, 00

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 d

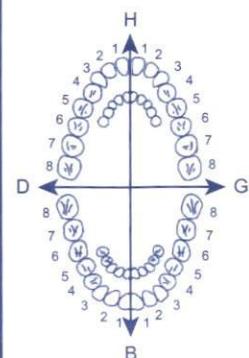
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Date : 28 / 01 / 2022

BILAN BIOLOGIQUE

Nom et Prénom : Aït-Belennafi Samia

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"/> CA 15-3 |
| <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 type="checkbox"/> Urée – Crétat. | <input type="checkbox"/> Lipasémie | <input type="checkbox"/> Copro-parasito des selles |
| <input type="checkbox"/> Glycémie | <input type="checkbox"/> Amylasémie | |

Autres :

.....
.....
.....

Signature et cachet du Médecin

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 28/01/2022

N° facture : 22-01661

Édité le : 28/01/2022

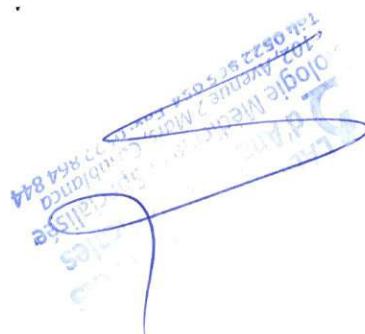
RYAD ONCOLOGIA CLINIC

Patient : Mme AIT BELOUALI Saadia

Date prélèvement 28/01/2022 11:40

Analyses	Nombre B	Montant
NFS+PLQ	83	110,00
Total B	83	110,00
APB	1,0	0,00
Total		110,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : Cent dix dirhams***





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
بالمراكز الإستشفائية الجامعية ابن رشد بالدار البيضاء

Prélèvement du: 28/01/2022 11:40

Mme AIT BELOUALI Saadia

Edition du : 28/01/2022

Dossier N° : 280122-065

Prélèvement effectué à Ryad Oncologia Clinique

Page : 1/2

HEMATOLOGIE

Valeurs Usuelles

NUMERATION FORMULE SANGUINE AVEC PLAQUETTES

Tech .Mindray BC-5380

HEMATIES

Hémoglobine : 3,66 M/mm³ (4 - 5,3)

Hématocrite : 11,1 g/dL (11,5 - 18)

VGM : 34,4 % (37 - 46)

TCMH : 94 fL (80 - 95)

CCMH : 30 pg (27 - 33)

CCMH : 32 g/dL (32 - 36)

LEUCOCYTES : 9 130 /mm³ (4000 - 10000)

FORMULE LEUCOCYTAIRE :

Polynucléaires Neutrophiles : 80% Soit 7304/mm³ (2000 - 7500)

Lymphocytes : 11% Soit 1004/mm³ (1500 - 4000)

Monocytes : 7% Soit 639/mm³ (40 - 1200)

Polynucléaires Eosinophiles : 2% Soit 183/mm³ (Inférieur à 400)

Polynucléaires Basophiles : 0% Soit 0/mm³ (Inférieur à 100)

PLAQUETTES : 172 000 /mm³ (150000 - 450000)

Horaire 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

IE : 24070422 - CNSS : 1088282 - TR : 36339707 - INPE : 093062271 - ICF : 002117477000018