

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Informations 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.

## 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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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° M21- 065937

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03309

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : MITBEL AULIS ANJIN

Date de naissance : 1966/12/12

Adresse : mara 2 rue n°18

Tél. : 06 9678 0470

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14/01/2022

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



# 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
14/01/22				

# 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
	14/01/22	580	132,20 DH

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																
					MONTANTS DES SOINS															
					DEBUT D'EXECUTION															
					FIN D'EXECUTION															
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 colspan="2">G</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	G		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	G																			
	D	G																		
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																			
			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



Laboratoire de biologie médicale  
مختبر التحليلات الطبية

Dr Zizi

دكتور الزيزي

Médecin Biologiste

طبيب

Ancien interne des hôpitaux de Paris

إختصاصي في  
التحليلات الطبية

Casablanca le 14-01-2022

Mme AIT BELOUALI Saadia

FACTURE N° B220104430

### Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Traitement échantillon sanguin	E25	E
0216	Numération formule	B80	B

Total des B : 80

TOTAL DOSSIER : 132.20 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :  
cent trente-deux dirhams vingt centimes





Date : 14/01/2022

**BILAN BIOLOGIQUE**

Nom et Prénom : Mme Saadia AIT BELOUALI

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"/> $\beta$ HCG            |
| <input type="checkbox"/> INR                 | <input type="checkbox"/> Gamma GT       | <input type="checkbox"/> $\alpha$ FP            |
| <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 checked="" type="checkbox"/> Hémoculture |
| <input type="checkbox"/> Urée – Créat.       | <input type="checkbox"/> Lipasémie      | <input type="checkbox"/> Copro-parasito         |
| <input type="checkbox"/> Glycémie            | <input type="checkbox"/> Amylasémie     | <input type="checkbox"/> des selles             |



**Autres :**

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

Signature et cachet du Médecin  
Onco-Radiation Thérapeute - INP 091005751  
Ryad Oncologia Clinic  
15, Allée du Persée, Bd Anoual, Quartier des Hôpitaux Extension, Casablanca  
Tél: 05 22 86 27 00 (LG) / 86 25 31 Fax: 05 22 86 25 56  
Secrétariat : 06 62 09 54 26





Laboratoire de biologie médicale  
مختبر التحليلات الطبية

Mme AIT BELOUALI Saadia

Prescripteur : Dr ALAMI OMAR

Casablanca le : 11-02-2022

Du : 14-01-2022

Référence : B220104430

Dr Zizi

Médecin Biologiste

Ancien interne des hôpitaux de Paris

Normes

Antériorités

HEMATOLOGIE

HEMOGRAMME

Numération Globulaire

Hématies	4.2	M/mm <sup>3</sup>	(4.0-5.3)
Hémoglobine	12.7	g/dL	(12.5-15.5)
Hématocrite	38	%	(37-46)
VGM	90	μ <sup>3</sup>	(80-95)
TCMH	30	pg	(28-32)
CCMH	33	g/100mL	(30-35)

Formule leucocytaire

Leucocytes	5 340	/mm <sup>3</sup>	(4 000-10 000)
Neutrophiles	52 % soit	2 777 /mm <sup>3</sup>	(1 500-7 500)
Eosinophiles	0 % soit	0 /mm <sup>3</sup>	(<400)
Basophiles	0 % soit	0 /mm <sup>3</sup>	(<100)
Lymphocytes	35 % soit	1 869 /mm <sup>3</sup>	(1 500-4 000)
Monocytes	13 % soit	694 /mm <sup>3</sup>	(200-1 000)

Numération plaquettaire

Plaquettes	211 000	/mm <sup>3</sup>	(150 000-400 000)
Volume Plaquettaire Moyen	10.8	fl	(6.0-11.0)

