

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

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.

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.

Prothèse :

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



Déclaration de Maladie

N° M21- 081685

206522

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3078 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Bouyria Abdelaziz


Date de naissance : 30/09/1949

Adresse : Résidence Attadamon Rue 6m 64

EL OULFA

Tél. : 0650399134 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 : Le :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) : 

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019




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
18/02/22	CS			

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
	18/02/22	Angiogramme	3500MA

AUXILIAIRES MEDICAUX

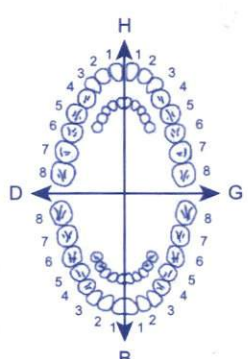
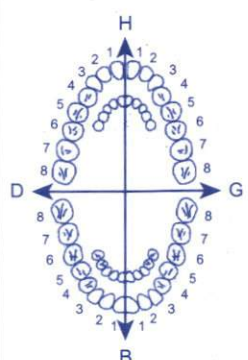
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
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>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> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				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'EXECUTION

15/2/22

M. LATIF: Kheddy

NFS..

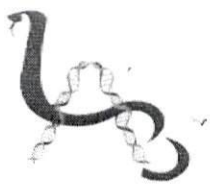
CRP

Tb. Tck

DOUALAB
Dr. DADOUNE Loubna
Laboratoire d'Analyses Médicales
301 Lot Haj Fatah Oulfa - Casablanca
Tél: (0522) 900 300 - Fax: (0522) 900 700

Dr. A. Anest...
Anest...
NPE: 09 168151
Casablanca

CLINIQUE AL MASSIRA
5, Rue MOKRI - Casablanca
Tél: 0522 39 40 41
Fax: 0522 39 14 15



مختبر التحاليل الطبية دواء لاب
Laboratoire d'analyses médicales DOUALAB

Dr. DADOUNE Loubna
Médecin biologiste

Biochimie - Hématologie - Bactériologie - Immunologie
Parasitologie - Mycologie - Hormonologie - Virologie

Facture

N° facture 22-1192

Casablanca, le 16/02/2022

Date de prélèvement 16/02/2022

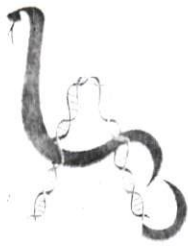
Mme LATIFI Khadija

Code Acte	Designation Acte	Cotation
NFS	NUMERATION FORMULE SANGUINE	80
TP	EXPLORATION DE LA VOIE EXOGENE DE LA COAGULATION	40
TCA	EXPLORATION DE LA VOIE ENDOGENE DE LA COAGULATION	40
CRP	C Réactive Protéine (CRP)	100

Total B	260
Total en dirhams	300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : Trois cent dirhams***

DOUALAB
Dr. DADOUNE Loubna
Laboratoire d'Analyses Médicales
301 Lot Haj Fatah Oulfa - Casablanca
Tél : (0522) 900 300 - Fax : (0522) 900 700



مختبر التحاليل الطبية دُعاء لاب

Laboratoire d'analyses médicales DOUALAB

Dr. DADOUNE Loubna
Médecin Biologiste

Biochimie - Hématologie - Bactériologie - Immunologie Parasitologie
Mycologie - Hormonologie - Virologie - Test Covid-19 autorisé

Mme LATIFI Khadija

Date de naissance : 17/12/1957

Compte rendu d'analyses

Prélèvement du: 25/02/2022 9:37

Dossier N° : 250222337

Page : 1 / 1

HEMATOLOGIE

NUMERATION FORMULE SANGUINE

Hématies	2,72 *	M/mm ³	(3,5 - 5,5)	2,75 (16/02/22)
Hémoglobine	9,2 *	g/dL	(11 - 15)	9,3 (16/02/22)
Hématocrite	27,1 *	%	(36 - 48)	28,0 (16/02/22)
VGM	100 *	fL	(80 - 99)	102 (16/02/22)
TCMH	34 *	pg	(28 - 32)	34 (16/02/22)
CCMH	34	%	(30 - 35)	33 (16/02/22)
Leucocytes	3 620 *	/mm ³	(4000 - 10000)	5430 (16/02/22)

FORMULE LEUCOCYTAIRE

Polynucléaires Neutrophiles	53,70 %	(50 - 70)	59,73 (16/02/22)
	Soit 1944/mm ³	(2000 - 7500)	
Polynucléaires Eosinophiles	4,06 % *	(1 - 3)	2,19 (16/02/22)
	Soit 146,97/mm ³	(40 - 300)	
Polynucléaires Basophiles	0,29 %	(Inférieur à 1)	0,43 (16/02/22)
	Soit 10,50/mm ³	(Inférieur à 100)	
Lymphocytes	34,15 %	(20 - 40)	30,35 (16/02/22)
	Soit 1236/mm ³	(1500 - 4000)	
Monocytes	7,80 %	(1 - 8)	7,30 (16/02/22)
	Soit 282/mm ³	(40 - 800)	
Plaquettes	115 000 *	/mm ³	(150000 - 400000)
			181 000 (16/02/22)

HEMOSTASE

D Dimères 0,30 µg/ml

(Technique : ELFA Vidas)

Interprétation:

Pour les embolie pulmonaires, le seuil de décision est soit à 0.50 ajusté à l'âge telque:

< 50 ans : seuil de décision à 0.50 µg/ml

> 50 ans : âge x 0.10 µg/ml (exemple : seuil à 0.65 µg/ml pour 65 ans)

DOUALAB
Dr. DADOUNE Loubna
Laboratoire d'Analyses Médicales
301 Lot Haj-Fatah, Oulfa - Casablanca
05221 900 300 - Fax: (0522) 900 700

Bilan validé Biologiquement Le 30/01/2022

301, Lotissement Haj Fatah Oulfa (Près Mosquée Haj Fatah) Casablanca - Tél.: (0522) 900 300 - Fax : (0522) 900 700