

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



Déclaration de Maladie

N° P19-0026251

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.

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 canaux, 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 canaux.

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.

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5197 Société : 107691

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : RESOUANI - BATHIA

Date de naissance : 09/07/1959

Adresse : N° 12, Rue D'ARMENIE e Mars OUSA

Tél. : 0661424863 Total des frais engagés : 130, - DHS 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 : OUSA Le : 17/02/2022

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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

17.02.22 B 80 130.00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien Date des Soins Nombre Montant détaillé des Honoraires

A M P C I M I V

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

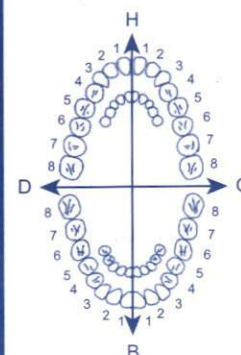
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

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

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

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

Casablanca, le.....

28/01/2022

MME REDOUANI BAHJA

Analyses :

NFS

RDV prévu le

18. 2. 22

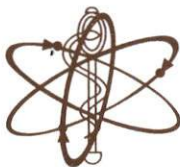


Dr. Kamal LAHBABI
ONCOLOGUE - RADIOThERAPEUTE ①
Centre International d'Oncologie de Casablanca
4, Route de l'Oasis Rue des Alouettes - Casablanca
Tél : 05 22 77 81 81 - Fax : 05 22 99 65 74



Anoual

Laboratoire de Biologie medicale
Genetique moleculaire
Radio immuno-analyse
Diagnostic Prenatal
Biologie de la Reproduction



مختبر أنوال

Docteur Jamal FEKKAK

Radio-biologiste
Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris
Diplômé de l'Université Paris VII
et de l'Institut Pasteur de Paris
Biologiste Qualificien

FACTURE N° 2202170002

Mme Bahija REDOUANI

Demande N° 2202170002

Date de l'examen : 17-02-2022

Analyses :

Récapitulatif des analyses

| CN | Analyse | Val | Clefs |
|------|-------------------------|-----|-------|
| PSAD | Prélèvement sang adulte | E25 | E |
| NF | | B80 | B |

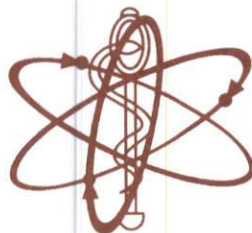
Total des B : 80

TOTAL DOSSIER : 130 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : cent trente dirhams DH



**Il est Strictement Interdit de Changer les Noms,
Prénoms et les Dates des Analyses.**



Mme Bahija REDOUANI

Né(e) le : 09-07-1959

Dossier N° : 2202170002

Date de l'examen : 17-02-2022

Prélevé le : 17-02-2022 07:23 en interne

Edité le : 17-02-2022

DR : Dr Kamal LAHBABI

Adresse : Centre International D'Oncologie Casablanca

Page 1 / 1



ACCREDITATION
N° 8-3245
Portée disponible sur
www.cofrac.fr

Seules certaines prestations rapportées dans ce document sont couvertes par l'accréditation. Elles sont identifiées par le symbole [AC].

HEMATOCYTOLOGIE

Hémogramme

Cytométrie de flux sur ABX Pentra (échantillon primaire : sang total EDTA)

| | | | |
|-------------------------------|------|-------------------|-------------------|
| | | | 27-01-2022 |
| Leucocytes [AC] | 6.10 | milliers/ μ l | (4.00-10.00) 3.50 |
| Hématies : [AC] | 4.15 | millions/ μ l | (3.80-5.80) 4.26 |
| Hémoglobine : [AC] | 12.5 | grs/dL | (11.5-16.0) 13.0 |
| Hématocrite : [AC] | 38.0 | % | (37.0-47.0) 39.3 |
| VGM : [AC] | 92.0 | μ 3 | (80.0-100.0) 92.0 |
| TCMH : [AC] | 30.0 | pg | (27.0-32.0) 30.6 |
| CCMH : [AC] | 32.7 | g/dl | (32.0-36.0) 33.2 |
| RDW : [AC] | 15.4 | % | (11.0-16.0) 15.6 |
| Polynucléaires Neutrophiles : | 47.2 | % | 46.7 |
| Soit: | 2.88 | milliers/mm3 | (2.00-7.50) 1.63 |
| Polynucléaires Eosinophiles : | 1.0 | % | 2.0 |
| Soit: | 0.06 | milliers/mm3 | (0.00-0.50) 0.07 |
| Polynucléaires Basophiles : | 1.1 | % | 0.9 |
| Soit: | 0.07 | milliers/mm3 | (0.00-0.20) 0.03 |
| Lymphocytes : | 39.7 | % | 33.8 |
| Soit: | 2.42 | milliers/mm3 | (1.00-4.00) 1.18 |
| Monocytes : | 11.0 | % | 16.6 |
| Soit: | 0.67 | milliers/mm3 | (0.20-1.00) 0.58 |
| Plaquettes : [AC] | 502 | milliers/ μ l | (150-500) 291 |

Confiance
Fekkas