

# 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.

## armacie :

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.

## ique :

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



## Déclaration de Maladie

Nº M21- 0026762

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 8482 Société : RAM 108942

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : MOULAOUMRI MUSTApha

Date de naissance : 04/03/1958

Adresse : même

Tél. : 0661928646

Total des frais engagés : 650,00 Dhs

Autorisation CNDP N° : AA215 / 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 : Casablanca

Le : 15/03/2020

Signature de l'adhérent(e) :



#### **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
2018-01-01				

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 Dr. MOHAMED Boudjedra Radiologue 05-22-62-20-6	07/02/22	2470.00	650,00

## 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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIBLES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

#### **(Création, remont, adjonction)**

Royaume du Maroc  
 Forces Armées Royales  
 Hopital Militaire  
 D'instruction Mohamed V



المملكة المغربية  
 القوات المسلحة الملكية  
 المستشفى العسكري الدراسي  
 محمد الخامس

Moul Goumri

Dr El Khalifa Sidi Mohamed  
 Médecin Capitaine  
 Resident en Medecine Aeronauteque  
 CEMPN / HMI MV - RABAT

Zabul = le 04/01/2021

22

- ፳፻፲

- ፳፻፲ - T G

- Ferite

- NRG



Dr El Khalifa Sidi Mohamed  
 Médecin Capitaine  
 Resident en Medecine Aeronauteque  
 CEMPN / HMI MV - RABAT



الدكتور (النفاري) محمد  
أخصائي في التحاليل الطبية

# مختبر التحاليل الطبية باتوراميك

## LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES PANORAMIQUE

**Dr. KADIRI Mohamed**  
**Biologiste**

Diplômé de L'Université de REIMS des Spécialités Biochimie Clinique  
Immunologie Générale Bactériologie et Virologie Clinique  
Diagnostique Biologique et Parasitaire  
D.U Assurance Qualité en Biologie Médicale de L'Université de Paris  
Ex. Attaché des Hopitaux de France

**FACTURE N° : 220201038**

CASABLANCA le 05-02-2022

Mme MOULGOUMRI Fatima Zahra

Récapitulatif des analyses		
CN	Analyse	Clé
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	E20
0134	Triglycérides	B60
0216	Numération formule	B80
0141	Gamma glutamyl transférase ( GGT)	B50
0154	Ferritine	B250
0106	Cholestérol total	B30

Total des B : 470

TOTAL DOSSIER : 650.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : six cent cinquante dirhams .

LABORATOIRE PANORAMIQUE  
D'ANALYSES MEDICALES  
Dr KADIRI Mohamed  
Tél.: 0622 62 20 61



# مختبر التحاليل الطبية بانوراميك

## LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES PANORAMIQUE

**Dr. KADIRI Mohamed**  
**Biologiste**

Diplômé de L'Université de REIMS des Spécialités Biochimie Clinique  
Immunologie Générale Bactériologie et Virologie Clinique  
Diagnostique Biologique et Parasitaire  
D.U Assurance Qualité en Biologie Médicale de L'Université de Paris V  
Ex. Attaché des Hopitaux de France

**Mademoiselle MOULGOUMRI FATIMA**

**ZAHRA**

Dossier ouvert le : 05/02/22.

Prélèvement effectué à 18:13

Dossier N° : 22B20

## HEMATOLOGIE

### NUMERATION FORMULE COMPLETE

						Valeurs de référence (Femme Adulte)
*	HEMATOCRITE	: 36,0	%			35 - 47
	HEMOGLOBINE	: 11,9	g/dl			12 - 16
	GLOBULES ROUGES	: 4,17	M/mm <sup>3</sup>			4 - 5,4
	CONSTANTES ERYTHROCYTAIRES					
	V.G.M.	: 86	fl			85 - 100
	T.G.M.	: 29	pg			27 - 33
	C.C.M.H.	: 33	%			31 - 36
	GLOBULES BLANCS	: 6 550	/mm <sup>3</sup>			4000 - 10000
	FORMULE LEUCOCYTAIRE					
	P. NEUTROPHILES (PNN)	: 51,5	%	soit	3 373	/mm <sup>3</sup>
						50 - 70 %
						2500 - 7125 /mm <sup>3</sup>
	P. EOSINOPHILES (PNE)	: 1,2	%	soit	79	/mm <sup>3</sup>
						1 - 3 %
						50 - 285 /mm <sup>3</sup>
	P. BASOPHILES (PNB)	: 0,3	%	soit	20	/mm <sup>3</sup>
						< 1 %
						< 95 /mm <sup>3</sup>
	LYMPHOCYTES	: 32,5	%	soit	2 129	/mm <sup>3</sup>
						25 - 40 %
						1000 - 3800 /mm <sup>3</sup>
	MONOCYTES	: 14,5	%	soit	950	/mm <sup>3</sup>
						3 - 10 %
						150 - 665 /mm <sup>3</sup>
	PLAQUETTES	: 394 000	/mm <sup>3</sup>			150000 - 400000

## BIOCHIMIE

### EXPLORATION D'UNE ANOMALIE LIPIDIQUE(EAL)

*	CHOLESTEROL TOTAL	: 2,53	g/l	< 2,2
	Soit :	6,53	mmol/l	< 5,676
	TRIGLYCERIDES	: 1,42	g/l	0,4 - 1,65
	Soit :	1,62	mmol/l	0,46 - 1,88

LABORATOIRE PANORAMIQUE  
Dr. KADIRI Mohamed  
Tél.: 0522 52 29 61