

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

Radiologie 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-689266

108932

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 13001

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

M. JEBBOD SAMIR

Date de naissance :

02/11/1976

Adresse :

3, Rue Prosper Mérimée , Alizé, RDC, Val Fleuri

Casablanca

Tél. : 0661364423

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation :

20/02/2022

Nom et prénom du malade :

M. JEBBOD SAMIR



Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie :

infarctus

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) :



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 20/22/2022 | C | 1 | Gratuit | INP : 111198255 BAILLIET Dr le Médecin Sidi Aymen Sidi A N° 5 BIS Avenue Zoummour 10000 DAKAR |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet ou signature du Laboratoire M. R. Radhique | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------------|------------------------------|------------------------|
|  | 01.02.2018 | B240 | 375 DH |

AUXILIAIRES MEDICAUX

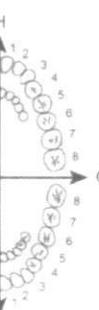
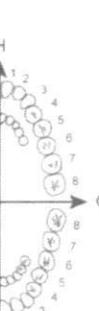
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/> | |
|--|--|---------------------------|---------------------------|--|--|
|  | | | | 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 | | | | |
|  | H 25533412 00000000 | G 21433552 00000000 | D 00000000 35533411 | B 11433553 11433553 | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession. | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | |
| | | | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> | |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> | |

DR. SAIDOURI MAROUANE
Médecine Générale
Sidi Ali Lot Elghmati
N° 5 Bis Azemmour
Tél : 06 61 49 14 79

..... le .. 26/02/2022

M. Samir JEBBAI

- Bolan bolan -

- C 2P

- NES

- Vé

- Crétin:



DR. SAIDOURI MAROUANE
Médecine Générale
Sidi Ali Lot Elghmati
N° 5 Bis Azemmour
Tél : 06 61 49 14 79

[Handwritten signature]

**LABORATOIRE
CASALAB PALMIER SCP**

Dr. Mohammed BEZZARI

Médecin Biologiste

Diplômé de l'université Catholique
de Louvain à Bruxelles, Belgique



مختبر التحاليل الطبية

Dr. Kaoutar OUAZZANI

Pharmacien Biologiste

Diplômée de l'université Paris Descartes
Ancienne résidente du CHU Ibn Rochd

FACTURE N° 2202213224
LABORATOIRE CASALAB PALMIER

Casablanca le 21/02/2022

INPE : **093002574**

Mr Samir JEBBAD

Demande N° 2202213224

| Récapitulatif des analyses | |
|--|------------|
| Analyse | Clé |
| Prise de sang Adulte | E25 |
| Créatinine | B30 |
| C R P (Protéine C réactive) | B100 |
| Numération Formule (Globules rouges/Blancs/plaquettes) | B80 |
| Urée | B30 |

Total des B : 240

Arrêtée la présente facture à la somme de : * **373 DH ***

trois cent soixante-treize dirhams

*(HN) = analyse hors nomenclature



C

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES CASALAB PALMIER SCP

50, Rue Al Mortada - Palmier - Casablanca

05 22 236 717 / 05 22 988 383 05 22 236 729 contact@casalabpalmier.com

IF : 37741235 • Patente : 34771789 • CNSS : 6576120 • ICE : 002189772000081





CASALAB PALMIER® LABORATORY

« Ceci est un mail seul le résultat papier fait foi »

CASALABPALMIER

File Number/ Dossier N° : 2202213224

Results of/ Résultats de : **JEBBAD Samir**

Date of birth/ Date de naissance : **02/11/1976**

ID Number /N° CIN :

Mme/Mr Le DR Prescripteur Médecin

Edition on/Edition du : 21/02/2022

File registered on/Dossier enregistré le:

21/02/2022

Dear colleague, we thank you for your trust and we will send you the results of your patient.
Cher confrère, nous vous remercions de votre confiance, et nous vous transmettons les résultats de votre patient.

Compte-rendu complet

HEMATOCYTOLOGIE

HEMOGRAMME

(SYSMEX XN-1000)

| | | | |
|---------------|-------|----------------------------------|---------------|
| Leucocytes : | 12,00 | 10 ³ /mm ³ | (3,90–10,20) |
| Hématies : | 4,88 | 10 ⁶ /mm ³ | (4,30–5,76) |
| Hémoglobine : | 15,30 | g/dL | (13,50–17,20) |
| Hématocrite : | 46,2 | % | (39,5–50,5) |
| VGM : | 94,7 | fL | (80,0–99,0) |
| TCMH : | 31,4 | pg | (27,0–33,5) |
| CCMH : | 33,1 | g/dL | (31,5–36,0) |
| RDW : | 13,1 | % | (0,0–18,5) |

Formule leucocytaire :

| | | | |
|--------------------|-------|----------------------------------|---------------|
| Neutrophiles : | 47,6 | % | |
| Soit: | 5 712 | /mm ³ | (1 400–7 700) |
| Eosinophiles : | 4,6 | % | |
| Soit: | 552 | /mm ³ | (20–630) |
| Basophiles : | 0,7 | % | |
| Soit: | 84 | /mm ³ | (0–1,10) |
| Lymphocytes : | 40,6 | % | |
| Soit: | 4 872 | /mm ³ | (1 000–4 800) |
| Monocytes : | 6,5 | % | |
| Soit: | 780 | /mm ³ | (180–1 000) |
| Plaquettes: | 271 | 10 ³ /mm ³ | (150–450) |

BIOCHIMIE

| | | | |
|---|--------------|----------------|----------------------------|
| Urée: (Test cinétique) | 0,36 6,00 | g/l mmol | (0,15–0,50) (2,50–8,34) |
| Créatinine: (Dosage colorimétrique cinétique) | 8,0 70,8 | mg/L umol/l | (3,0–12,0) (26,6–106,2) |
| Protéine C-Réactive: (Test immunoturbidimétrique) | 1,3 | mg/L | (<5,0) |

Biological validation by/ Validation biologique par : Dr M. BEZZARI

Dr K. OUAZZANI