

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

- Reclamation : 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.

N° W19-576097

100934

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

5855

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

CHOUKATI M 173edine

Date de naissance :

16 07 53

Adresse :

Télé : 06.61.60.70.66

Total des frais engagés :

200 + 1030 = 1230

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Age :

Lié de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfan

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'at/ médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le :

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Declaration de maladie

N° W19-576097

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule : 5855

Nom de l'adhérent(e) : 123004

Total des frais engagés :

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
08/10/2021			200.00 DH	INP : 

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire ou du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 Rés. Masurel, Rue Socrate, Irem C N°4 - 20 000 Casablanca Tél.: 0522 23 36 03 / 0522 23 34 65 - Fax: 0522 25 85 08 Email : labo.socrate@medecine.men.tn	12-10-21 B. 750	4 PC.1.5	1030 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

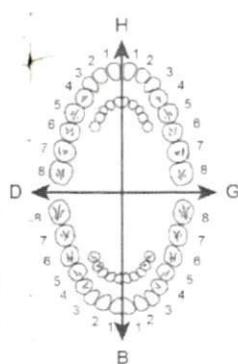
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaire, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 										
														
														
														
														
														
														
														
														
														
														
														
O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES														
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE														
<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> </table>				H	21433552	D	00000000	35533411 11433553		B	00000000	G	00000000	
H	21433552													
D	00000000													
35533411 11433553														
B	00000000													
G	00000000													
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Dr. Sabrine CHTIOUI

Omnipraticienne

Diplôme universitaire en diabétologie

Diplôme universitaire en nutrition et diététique

Diplôme universitaire d'échographie générale

Electrocardiogramme (ECG)

Mésothérapie - Acupuncture, Auriculothérapie

Diplôme en Hypnose Médical et Homéopathie

Université de Médecine Paris XIII



الدكتورة صبرين الشتيوي

خريجة كلية الطب

دبلوم جامعي في علاج داء السكري

دبلوم جامعي في التغذية و الحمية الصحية

دبلوم جامعي في الفحص بالصدى

الخطيط الكهربائي للقلب

الميزوثيرابي - الوخز بالإبر الصينية

دبلوم في التنويم المغناطيسي و الهميوباتي

كلية الطب بباريس XIII

Casablanca le:

08/10/2021:

Chou Kaili Salma

- NFS, PLG
- Ferritinémie
- TSH
- Cholesterol total
- LDL
- HDL
- TG



LABOSOCRATE
لaboratoire de biologie médicale Socratis
Rés. Masurel, Rue Socratis, Bm C N°4 - 20 000 Casablanca
Tél.: 0592 23 36 03 / 0522 23 34 65 - F: 0522 27 03 03
Email : labo.socrate@mc-socra.ma

Dr. SABRINE CHTIOUI
Diplômée en Nutrition et Diététique
159, Tala'a Kebira - Casablanca
Tél: 0522 52 52 57

Dr. SABRINE CHTIOUI
Diplômée en Nutrition et Diététique
159, Tala'a Kebira - Casablanca
Tél: 0522 52 52 57

Code Patient : 160206A025
Date de l'examen : 12-10-2021

Saisie le 12-10-2021 10:56

Mlle Salma CHOUKAILI
Réf : 211012A030
Prescription : Dr sabrine chtioui

HEMATOLOGIE

HEMOGRAMME (Automate Sysmex XN-550)

NUMERATION

	05-08-2019		
Leucocytes :	8 690	/mm ³	(3 900–10 200)
Hématies :	4.40	10 ¹² /mm ³	(3.90–5.40)
Hémoglobine :	12.00	g/100mL	(12.00–15.60)
Hématocrite :	36.0	%	(35.5–45.5)
VGM :	82	μ3	(80–99)
TCMH :	27.0	pg	(27.0–33.5)
CCMH :	33.1	%	(30.0–36.0)
			10 870
			4.89
			13.30
			38.4
			80
			27.2
			34.6

FORMULE LEUCOCYTAIRE

Polynucléaires Neutrophiles :	47.2	%	69.1
Soit:	4 102	mm ³	(1 500–7 700)
Polynucléaires Eosinophiles :	6.2	%	3.6
Soit:	538.8	mm ³	(20.0–500.0)
Polynucléaires Basophiles :	0.5	%	0.2
Soit:	43.5	mm ³	(0.0–200.0)
Lymphocytes :	38.3	%	19.0
Soit:	3 328.3	mm ³	(1 200.0–6 000.0)
Monocytes :	7.8	%	8.1
Soit:	677.8	mm ³	(100.0–900.0)
Plaquettes :	310 000	mm ³	(150 000–370 000)
			2 065.3
			880.5
			340 000

211012A030 – Mlle Salma CHOUKAILI
Date de l'examen : 12-10-2021

BIOCHIMIE SANGUINE

			05-08-2019
Glycémie à jeun (Hexokinase G6PD-H)	0.90 5.00	g/L mmol/L	(0.74-1.06) (4.11-5.88)
			0.81
Cholestérol total (Dosage enzymatique)	1.69 4.37	g/l mmol/L	(<2.00) (<5.17)
			1.75
Triglycérides (Dosage enzymatique)	0.56 0.56	g/L mmol/L	(<1.50) (<1.50)
			0.60
HDL-Cholestérol (Dosage enzymatique)	0.59 1.53	g/L mmol/L	(>0.40) (>1.03)
			0.74
LDL-Cholestérol (calculé selon la formule de Friedwald)	0.99 2.56	g/L mmol/L	(<1.50) (<3.88)
			0.89
Ferritine (Dosage CMIA)	45.4	ng/mL	(15.0-150.0)

BILAN ENDOCRINIEN

			06-02-2016
TSH (Dosage CMIA)	2.49	mUI/L	(0.25-5.00)
			2.33

Dossier validé biologiquement par : Docteur Abdellatif LOUDGHIRI

مختبر التحاليل الطبية سocrate
laboratoire de biologie médicale Socrate

LA BO SOCRATE
Rés. Masurel, Angle Rue Socrate et Bd Yacoub El Mansour, Imm C N°4, 20 000 Casablanca
Tel.: 0522 23 36 03 / 0522 23 34 65 - Fax: 0522 25 85 08
Email : labo.socrate@menara.ma

Page 2 sur 2

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES SOCRATE

Résidence Masurel ,Angle Rue Socrate et Bd Yacoub EL Mansour IMM C N°4 –
CASABLANCA

Tél : 0522 23 36 03. Fax : 0522 25 85 08 - PATENTE : 35804986- CNSS : 6478417
BP 19078021211 507790200 18 18. AGENCE YACOUB EL MANSOUR CASABLANCA
IF 44409091 ICE 000114556000027 INP 0093001964

Dr. Abdellatif LOUDGHIRI

Pharmacien Biologiste

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Bactériologie–Biochimie–Hématologie
Mycologie - Parasitologie – Virologie

FACTURE N° : 210006487

CASABLANCA le 12-10-2021

Mlle Salma CHOUKAILI

Demande N° 211012A030

Numéro de l'adhérent :

Numéro de prise en charge :

Date de l'examen : 12-10-2021

Analyses :

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
PS	Prélèvement sang	E25	E
	Ferritine	B250	B
	TSH	B250	B
0106	Cholestérol total	B30	B
0108	Cholestérol H D L	B50	B
0118	Glycémie	B30	B
0134	Triglycérides	B60	B
0216	Numération formule	B80	B

Total des B : 750

TOTAL DOSSIER : 1030.00DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : mille trente dirhams



Rés. Masurel, Rue Socrate, Imm C N°4 - 20 000 Casablanca
Tél.: 0522 23 36 03 / 0522 23 34 65 -Fax: 0522 25 85 08
Email : labosocrate@menara.ma