

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 canalaire, 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 canalaire.

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 : adhession@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° W21-713374

119783

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

6610

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

HAGLI Fatma

Date de naissance :

07-01-1947

Adresse :

Tél. : 066/351130

Total des frais engagés :

1430 817 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

18/05/2022

Nom et prénom du malade :

Hajli Fatma

Age : 75 ans

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le 18/05/2022

VOLET

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
18/05/2022	C	5	5	INP : 1511345BB الدكتور سامي مصطفى أخصائى الصحة العقلية Dr MESSNAN SAMI Expertise Santé Publique INP : 151134533

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
	19.05.22	31300	1430.-

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

ROYAUME DU MAROC
MINISTÈRE DE LA SANTÉ

CENTRE HOSPITALIER REGIONAL
MEKNÈS - TAfilalet



المملكة المغربية
وزارة الصحة
مركز الإستشفاء الجهوي
مكناس - تافيلالت

مستشفى بانيو

Meknès, le 18/05/2022

HOPITAL PAGNON



M - Hajli Fatima (N° 6610)

Face sur

g NFS, VS, CRL

y. Foetus R.D. et Dr

Art C.R.

E.R.

TSH

vit.D

poseye



ID : 2
Nom :
Fiche N° :

HOPITAL PAGNON
Mode : ST - Tous
Lit N° :

Heure: 12-05-2022 11:38
Sexe :
Age :
Serv.:

1493/22

Paramètre	Résultat	Plage de réf.
GB	5.7 $\times 10^9/L$	4.0 - 10.0
Lymph.	1.9 $\times 10^9/L$	0.8 - 4.0
Mid.	0.4 $\times 10^9/L$	0.1 - 1.2
Gran.	3.4 $\times 10^9/L$	2.0 - 7.0
% lymph.	33.6 %	20.0 - 40.0
% mid.	7.9 %	3.0 - 14.0
% gran.	59.4 %	50.0 - 70.0
HGB	12.5 g/dL	11.0 - 16.0
GR	4.37 $\times 10^{12}/L$	3.50 - 5.50
HCT	37.8 %	37.0 - 54.0
VGM	86.7 fL	80.0 - 100.0
TMH	28.6 pg	27.0 - 34.0
CCMH	33.0 g/dL	32.0 - 36.0
IDR-CV	14.2 %	11.0 - 16.0
IDR-DS	48.5 fL	35.0 - 56.0
PLT	288 $\times 10^9/L$	100 - 300
VMP	11.0 fL	6.5 - 12.0
IDP	15.4	9.0 - 17.0
PCT	H 0.316 %	0.108 - 0.282

Expéd. :

Testeur :

Contrôleur :



CHP MOHAMED V MEKNES
HOPITAL MERE-ENFANT PAGNON
LABORATOIRE PAGNON

Données Patient

Nom

MAMAN DR MESSNAN

Sexe

Date de Naissance

Analyse réalisée par

Autres données

Type d'échantillon	SER	Date		
Technique	Valeur	Unités	Rang Référence	Observations
ALT	36,00	U/L	0-40	
AST	38,17	U/L	0-40	
CREATININE	9,42	mg/L	7-14	
GLUCOSE	1,33	g/L	0,75-1,1	Haut
UREA UV	0,33	g/L	0,15-0,45	

Vitesse de Sédimentation

1^{re} Heure 22 mm

2^{eme} Heure 35 mm



LABORATOIRE CHBICHEB D'ANALYSES MEDICALES

Rue Hocine Ben Ali Résid. Atlas 1er étage Appt 1

(En face de la Gare Amir Abdelkader) MEKNES

Tél : 0535.40.45.26/29 Fax : 0535.40.45.27

T.P N° 17109373 IGR N° 23002701 R.C N° 38862 CNSS N° 6111869

ICE N° 000420697000075 INPE 133001883

FACTURE

N° 2205192010

Nom Prénom : Mme FATIMA HAJLI

Demande N° : 2205192010



Date de l'examen : 19-05-2022

Prescripteur :

Organisme :

Analyses :

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
0223	VS	B30	B
	Electrophorèse des protéines sériques	B150	B
	FACTEURS RHUMATOÏDES – SÉRUM	B150	B
	NF	B70	B
	CRP	B100	B
	TSH ultrasensible	B182	B
0370	Vitamine D 25-OH (D2+D3)	B318	B
	AC ANTI-PEPTIDES CYCLIQUES CITRULLINES	B300	B

TOTAL B : 1300

TOTAL DOSSIER : 1430 DH

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

