

# 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

- Réclamation : 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.

**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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° M21- 0060602

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Code réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10.5.89

Société : RAM

Actif  Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BAAADA BRAHIM

Date de naissance : 07.01.1959

Adresse : 10.RUE OUALADA HAY EL WAHDA BERRECHID

Tél. : 06.67.37.65.18

Total des frais engagés : ..... Dhs

Code réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... /

Nom et prénom du malade : BAAADA MOHAMED Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : CTA pour Amygdulectomie

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 : D. ROUA

Le : 22.10.2022

Signature de l'adhérent(e) :



## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

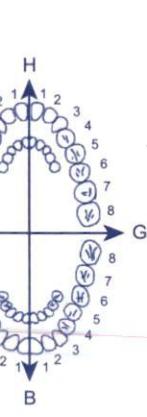
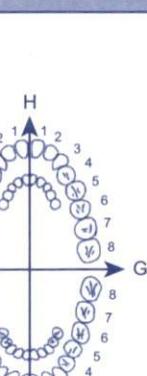
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## 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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		Coefficient des travaux
	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553		Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



## **FACTURE N°M0644/22**

NOM :BAADA  
PRENOM : MOHAMED

CPA :200.00DHS

Arrêté la présente facture à la somme :

« DEUX CENT DIRHAMS ».

Berrechid le :17/05/2022

CLINIQUE CHAOUIA  
3, Rue Okba Ibnou Nafie  
BERRECHID  
Tél: 35.66.22/33.66.62 Fax: 32.57.5

Dr. Bouabid abdelhakim

Date du prélèvement : 20/05/22

Dossier édité le : 20/05/2022

Code Patient : 104665



Enf. BAADA Mohamed

Page : 1 / 2

Prélèvement Effectué au Laboratoire

200522 086

## HEMATOLOGIE

ABX PENTRA 60

Valeurs de référence

Antécédents

## HEMOGRAMME sur Automate ABX Pentra 60 ( HORIBA)

GLOBULES ROUGES .....	: 5,07	M/ $\mu$ l	(4.1 à 5.3)	25/08/21 : 4.95
HEMOGLOBINE .....	: 12,50	g/dL	(10.5 à 13.5)	25/08/21 : 13.10
HEMATOCRITE .....	: 38,00	%	(36 à 44)	25/08/21 : 36.70
V.G.M .....	: 74,95	$\mu$ 3	(73 à 89)	25/08/21 : 74.14
T.C.M.H .....	: 24,65	pg	(24 à 30)	25/08/21 : 26.46
C.C.M.H .....	: 32,89	%	(32 à 36)	25/08/21 : 35.69
PLAQUETTES .....	: 367 000	/mm3	(150 000 à 400 000)	25/08/21 : 258000
GLOBULES BLANCS .....	: 12 140,00	/mm3	(5 000 à 13 000)	25/08/21 : 7190.00
<b>FORMULE LEUCOCYTAIRE :</b>				
POLYNUCLEAIRES NEUTROPHILES ..	: 59,80	%		25/08/21 : 51.00
Soit .....	: 7 259,72	/mm3	(1 500 à 8 500)	
POLYNUCLEAIRES EOSINOPHILES ..	: 3,000	%		25/08/21 : 5.000
Soit .....	: 364,2	/mm3	(20 à 600)	
POLYNUCLEAIRES BASOPHILES ..	: 0,20	%		25/08/21 : 0.00
Soit .....	: 24,3	/mm3	(0 à 200)	
LYMPHOCYTES .....	: 29,40	%		25/08/21 : 36.00
Soit .....	: 3 569,2	/mm3	(2 000 à 8 000)	
MONOCYTES .....	: 7,60	%		25/08/21 : 8.00
Soit .....	: 922,6	/mm3	(0 à 800)	
TOTAL.....	: 100,00	%		

## GROUPAGE SANGUIN

Valeurs de référence

Antécédents

## GROUPAGE

1 ère Détermination:

Groupe....: B  
 Rhésus....: Positif



INPE 063060990

LABORATOIRE CENTRAL ERRAZI  
 BERRECHID  
 Dr Abdellahmed  
 Pharmacien Biologiste

Dr. Bouabid abdelhakim

Date du prélèvement : 20/05/22

Dossier édité le : 20/05/2022

Code Patient : 104665



Enf. BAADA Mohamed

Page : 2 / 2

Prélèvement Effectué au Laboratoire

200522 086

## HEMOSTASE

Valeurs de référence

Antécédents

**TAUX DE PROTHROMBINE :**

Effectué sur l'automate de coagulation STA SATELLITE de STAGO

T.P ..... : 79.8 %

Témoin ..... : 100 %

I.N.R ..... : 1.17

VN ( 70 a 100 )

I.N.R. Valeurs conseillées

- Prévention recidives thromboses veineuses ..... 2 &lt; INR &lt; 3

- Prévention thromboses artérielles et sur prothèse valvulaire 2,5 &lt; INR &lt; 4

- Risque hémorragique ..... INR &gt; 5

**TEMPS DE CEPHALINE ACTIVEE (T.C.A)**

Effectué sur STAGO

Temps Patient ..... : 32,00 sec

Temps Témoin ..... : 30,00 sec

Rapport (Patient/ Témoin) : 1,07 (Adulte : &lt; à 1,20)

(Enfant : &lt; à 1,30)

**TEMPS DE SAIGNEMENT** ..... : 3 min sec (2 à 5)  
(Epreuve de Duke)**TEMPS DE COAGULATION**

- 1 er Tube ..... : 6 min ses (5 à 10)



LABORATOIRE CENTRAL ERRAZI  
Dr. ABDELLAH RECHID  
Pharmacie d'Hakami Biologiste