

# 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 canaux, 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 canaux.

## 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.



## Déclaration de Maladie

N° M21- 0060602

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10589

Société : R.A.M.

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BAADA 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

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : BAADA MOHAMED Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : C.I.A pour Amygdaléctomie

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 : DARRA

Le : 22/06/22

Signature de l'adhérent(e) :

## 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 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# RELEVÉ 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
27-05-2020	P.A	200.00		

# 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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

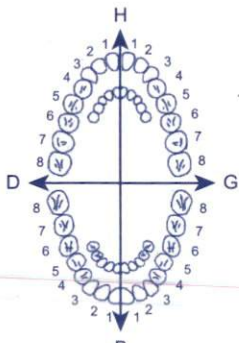
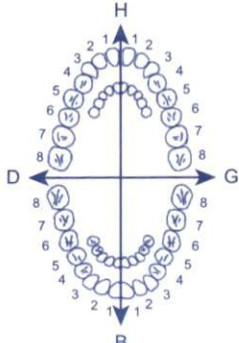
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ 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 <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																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> 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"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مصحة الشاوية  
CLINIQUE CHAOUIA



060003332

## 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: 33.66.22/33.66.62 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
FORMULE LEUCOCYTAIRE :				
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

LABORATOIRE CENTRAL ERRAZI  
BERRECHID  
Dr Abdelhamid  
Pharmacien Biologiste



INPE 063060990

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 < INR < 3
- Prévention thromboses artérielles et sur prothèse valvulaire 2,5 < INR < 4
- Risque hémorragique ..... INR > 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 ABDELHAKIM BOUABID  
Pharmacien Biologiste


INPE 063060990