

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

- 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° W21-601873

182797

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

6798

Société :

R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BEDRI HAMID

Date de naissance :

28-12-1961

Adresse :

HABITUELLE

Tél. :

06 62 01 48 11

Total des frais engagés :

619,50

Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation :

21/06/2022

Nom et prénom du malade :

Dr. Chaymae Elguazz

Age :

24 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Shiss et feir

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 :

BERRECHID

Le : 18/07/2022

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
21.06.22	Exam		1500 Frs	INP : 06182922 Signature, Nom, Prénom, App. : Résidence 0722 32 18

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie BOUGUERRA BOUGUERRA N° 58 Rue Masséna 39 975 08 Tél: 05 39 97 57 08	21/06/2022	211,65

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>IRN SIALA ASHAMMEED V. BERRECHI TCL 063220505</i>	22/06/22	B181	257,90

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

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 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 PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="0"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">G</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>				H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B			G		
					H	25533412	21433552																			
						00000000	00000000																			
					D	00000000	00000000																			
						35533411	11433553																			
B																										
G																										
COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																										
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																										
DATE DU DEVIS <input type="text"/>																										
DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																										
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession																										
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																										
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																										

Dr. Chaymae ELOUAZZANI

Médecine générale

Diplomée de la faculté de Médecine

Et de la pharmacie de casablanca

Ex Médecin au CHU-Casablanca

Ex Médecin à l'Hopital Errazi-Berrechid

Ex Médecin à l'Hopital Med V-Safi



الدكتورة شيماء الوازاني

الطب العام

خريجة كلية الطب والصيدلة

بالدار البيضاء

طبيبة سابقاً بالمستشفى الجامعي ابن رشد

طبيبة سابقاً بمستشفى الرازي برشيد

طبيبة سابقاً بمستشفى محمد الخامس بأسفي

Berrechid, le... 21/10/2022 برشيد في

Mr Med Hayth BEDRI

Etat - Alvin

27/00

83,00

Lot / Batch n° :

Exp. date :

PPC (DH) :

Q - oxy-ag 300
18 (les)

89,00

GRISEO® 500mg 16 comprimés

PPV 37DH10 EXP 01/2026
LOT 12001 2

PPV 37DH10 EXP 02/2026
LOT 12030 4

GRISEO® 5% SEO® 5%

PPV 100DH70 EXP 08/2024
LOT 16057 3 : 16057 3 : 08/2024
100DH70

37/00
B - Griseo 500
18/10

1070X2 18/10

Griseo 500
18/10 2024

إقامة ابن خلدون-الباب رقم 2 [قرب صيدلية المسجد]-الشقة رقم 2 برشيد-الهاتف: 05 22 32 48 12

Résidence Ibn khaldoun-porte2-appt N°2-Berrechid-Tél: 05 22 32 48 12

GSM : 06 62 14 34 32-E-mail : elouazzanichaymae@gmail.com

⑧ Skimosal 230 g
1 am x 2 h

Dr. Chavanne EL QUAZZ
Commandantine: Ecograin
Résidence lib. Xaldon Portugal
Tél: 0522 32 17 12

Dr. Chaymae ELOUAZZANI

Médecine générale

Diplomée de la faculté de Médecine

Et de la pharmacie de Casablanca

Ex Médecin au CHU-Casablanca

Ex Médecin à l'Hôpital Errazi-Berrechid

Ex Médecin à l'Hôpital Med. V-Safi



الدكتورة شيماء الوازاني

الطب العام

خريجة كلية الطب والصيدلة

بالدار البيضاء

طبيبة سابقاً بالمستشفى الجامعي ابن رشد

طبيبة سابقاً بمستشفى الرازي برشيد

طبيبة سابقاً بمستشفى محمد الخامس بأسفي

Berrechid, le..... 21/06/17 برشيد في.....

M1 Med Hayth - BEFORE

NTS 9/17

VS

CR L

Dr. Chaymae ELOUAZZANI
Omnimed Casablanca, Echographe
Résidence Ibn Khaldoun-porte2-appt N°2-Berrechid-Tél:05 22 32 48 12
Tél:05 22 32 48 12
Ed. Mohammed V
GSM : 06 62 14 34 32-E-mail : elouazzanichaymae@gmail.com

إقامة ابن خلدون-الباب رقم 2 [قرب صيدلية المسجد]-الشقة رقم 2 برشيد-الهاتف: 05 22 32 48 12

Résidence Ibn khaldoun-porte2-appt N°2-Berrechid-Tél:05 22 32 48 12

GSM : 06 62 14 34 32-E-mail : elouazzanichaymae@gmail.com

LABORATOIRE IBN SINA

Bd Mohammed V

Tel : 05.22.33.66.43

BERRECHID

Fax : 05.22.33.66.42

ICE: 001761756000030

INPE: 063000509

IF: 40195644

Patente : N° 40700369 C.N.S.S : N° 2229541 IGR : 40195644

FACTURE : 78611

IB 62739 B

Nom et Prénom : Mr. BADRI Mohamed Haitam

Prescripteur : Dr. ELOUAZZANI

Référence : 220622 030

Date : 22/06/2022

BILAN :

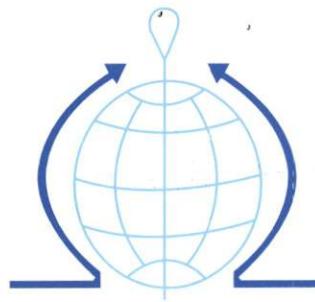
NFS B 73 + VS B 22 + CRP B 90 +

MONTANT NET : 257,90 Dhs Soit 185 B

ARRETE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

Deux cent cinquante sept Dh et quatre-vingt dix cts

IBN SINA
Bd Mohammed V, BERRECHID
Tel : 05.22.33.66.43
Fax : 05.22.33.66.42



Berrechid le : 22/06/2022

CIN :

Résultats complets

Édité le: 22/06/2022

Medecin Dr. ELOUAZZANI

Mr. BADRI Mohamed Haitam
IB 62739 B RF: 220622030

HEMATOLOGIE

VALEURS DE REFERENCE

ANTECEDENTS

HEMOGRAMME

(Technique SYSMEX KX-21N)

NUMERATION GLOBULAIRE

Leucocytes.....	5 500	/mm ³	(N : 4 000 à 10 000)
Hématies.....	4,55	M/mm ³	(N : 4,5 à 5,7)
Hémoglobine.....	13,6	g/dl	(N : 13,0 à 17,0)
Hématocrite.....	40,9	%	(N : 42 à 54)
V.G.M.....	90	fl	(N : 80 à 100)
T.G.M.H.....	29,9	pg	(N : 27 à 32)
C.C.M.H.....	33,3	g/dl	(N : 32 à 35)
PLAQUETTES.....	251	Milles/mm ³	(150 à 450 Miles)

FORMULE LEUCOCYTAIRE

Polynucléaires Neutrophiles :	48	%	
Soit	2 640	/mm ³	(N : 2 000 à 7 500)
Polynucléaires Eosinophiles :	11	%	
Soit	605	/mm ³	(N : 400 à 500)
Polynucléaires Basophiles... :	0	%	
Soit	0	/mm ³	(N : < 100)
Lymphocytes	32	%	
Soit	1 760	/mm ³	(N : 1000 à 4000)
Monocytes.....	9	%	
Soit	495	/mm ³	(N : 200 à 1 000)

VITESSE DE SEDIMENTATION

(Technique VES Static)

1ère heure.....	6	mm	(N : 2 à 10)
2ème heure.....	18	mm	(N : 8 à 20)

Le Biologiste
IBN SINA
BERRECHID
Tél: 05 22 33 66 43



Berrechid le : 22/06/2022

CIN :

Résultats complets

Édité le: 22/06/2022

Medecin Dr. ELOUAZZANI

Mr. BADRI Mohamed Haitam
9A 62739 RF: 220622030

BIOCHIMIE

VALEURS DE REFERENCE

ANTECEDENTS

PROTEINE C REACTIVE 1,60 mg/l (N : < 5)
(Technique HITACHI 704)

