

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.



143289

C

Déclaration de Maladie : N° P19-0019609

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1034 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Soukri LAIA Date de naissance :

Adresse :

Tél : 0668 595 113 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

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

Nom et prénom du malade : Soukri LAIA Age :

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 : Le : 28 / 12 / 2022

Signature de l'adhérent(e) : 

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-0019609

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 1034

Nom de l'adhérent(e) : Soukri LAIA

Total des frais engagés :

Date de dépôt : 28/12/2022

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

[illegible][illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<p>Christiane ARTAUD Médecin Biologiste LABORATOIRE BIOLOR Tél : 05 37 83 83 93</p>	12/12/22	<p>port B330</p>	353,76

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

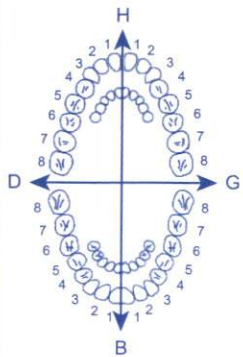
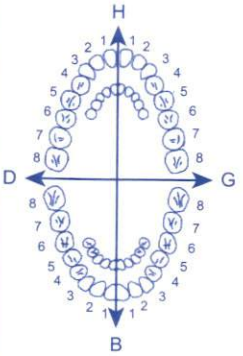
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H											
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	B											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>		
	D	G										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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


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	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
	</			

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

		H	
	25533412		21433552
	00000000		00000000
D			
	00000000		00000000
	35533411		11433553
		B	

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Rabat, le

DOUKKALI LAILA

1) HbA1c

NF

2) TSH us

Dr Ghislane BELLACEN
Médecin Biologiste
LABORATOIRE BIOLOR
Tél : 05 37 63 63 93

Professeur F. RKIOUAK
Endocrinologie Diabétologie
Nutrition
4, Rue Honaine N°7 Agdal - Rabat
Tél./Fax : 05 37 67 16 67

INPE : 101 102 - 002

4 Rue Honaine n° 7 Agdal (Angle Av. Michlifen et Av. 16 Novembre)
Rabat 10 080 Maroc Tél: + 212(05) 37 67 16 67 / Mobile : +212(06) 61 22 12 30
E-mail : cabinet.rkiouak@gmail.com

Laboratoires d'Analyses Médicales - BIOLOR

Facture N° : 4471/22

Rabat le 12 décembre 2022

A l'attention de : **Mme DOUKKALI LAILA**

Identifiant du patient : **30031**

Prélèvement du : **12/12/2022**

Analyses :

Numération formule sanguine + plaquettes	B 80	107,20 Dhs
Thyreostimuline (TSH 3G)	B 250	335,00 Dhs

Total dossier : **442,20 Dhs**

Remise : **20,00%**

Montant avec remise : **353,76 Dhs**

Mode de règlement : **Espèce**

Arrêté la présente facture à la somme de :

Trois Cent Cinquante Trois Dirhams Soixante Seize Centimes



Identifiant du patient : 30031
Date de naissance : 01/01/1949
Sexe : F
Du : 12/12/2022 à 09:09
Edité le : 12/12/2022 à 11:05

Mme DOUKKALI LAILA
Dossier N° : 22610231
Docteur RKIOUAK FOUAD


HEMATOLOGIE

NUMÉRATION FORMULE SANGUINE (XS-1000i / SYSMEX)

NUMÉRATION GLOBULAIRE

Hématies	:	3 920 000	/mm ³	(3840000 - 5120000)
Hémoglobine	:	12.3	g/dL	(11.8 - 15)
Hématocrite	:	34.0	%	(35 - 45)
V.G.M.	:	86.7	fL	(83 - 97)
C.C.M.H.	:	35.9	g/dL	(31.9 - 35.9)
T.C.M.H.	:	31.4	pg	(27.5 - 33.2)
Leucocytes	:	4 750	/mm ³	(3800 - 9100)

FORMULE LEUCOCYTAIRE

P. Neutrophiles	:	50.7	%	2 408	/mm ³	(1900 - 5700)
P. Eosinophiles	:	3.4	%	161	/mm ³	(0 - 500)
P. Basophiles	:	0.2	%	9	/mm ³	(0 - 90)
Lymphocytes	:	32.4	%	1 539	/mm ³	(1070 - 3900)
Monocytes	:	13.3	%	631	/mm ³	(170 - 1000)

NUMÉRATION PLAQUETTAIRE

Plaquettes	:	263 000	/mm ³	(177000 - 379000)
------------	---	---------	------------------	-------------------

HORMONOLOGIE

THYREOSTIMULINE (TSH US) (ECLIA Cobas E411 Roche)	:	4.02	μUI/ml	(0.25 - 5)
--	---	------	--------	------------

0.25 - 5 μUI/ml: Euthyroïdie
< 0.15 μUI/ml: Hyperthyroïdie
> 7 μUI/ml: Hypothyroïdie

Dr. Ghislane BELLAHCEN
Médecin Biologiste
LABORATOIRE BIOLOR
Tél : 05 37 63 63 93

Le 12/12/2022 à 11:05
Signature
Dr. Bellahcen Ghislane