

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

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 : SAKHLI LAJLA Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 2668 595 113 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : SAKHLI LAJLA 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 : 18/12/2022

Signature de l'adhérent(e) : SAKHLI LAJLA

VOLET ADHÉRENT

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) : SAKHLI LAJLA

Total des frais engagés : 00

Date de dépôt : 18/12/2022

SAKHLI LAJLA

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
ED				<i>Professeur E. RIVIERE Endocrinologue et diététologue 40 Rue Humaine 75010 Paris</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
<i>Dr. Christiane APF Médecin Biologiste LABORATOIRE BIOLOGIE Tél: 05 37 33 83 93</i>	12/12/22	3011 B 330	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	

VOLET ADHERENT

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

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	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553	G	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Pr F. RKIOUAK
Professeur d'Endocrinologie
Diabétologie - Nutrition



Rabat, le

DOUKKALI LAILA

1) *HbA1c*

Nf

2) *TSH us*

Dr Ghislane BELAHcen
Médecin Biologiste
LABORATOIRE BIOLOR
Tél : 05 37 63 63 98

Professeur F. RKIOUAK
Endocrinologie Diabétologie
Rue Honaine n° 7 Agdal - Rabat
Tel./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

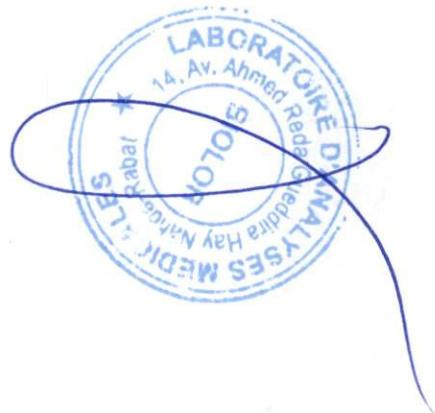
Remise : 20,00%

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

Édité 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)

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

Dr. Ghislane BELLAHCEN
 Médecin Biologiste
 LABORATOIRE BIOLO
 Tel : 05 37 63 63 93

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