

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.



Déclaration de Maladie

M23-004441

Maladie

Dentaire

Optiq

Autres

Code réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1392 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BAGASSE Mohamed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : / Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : HAFID BAGASSE

Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie M23- 0004441

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

N° W21-769468

1392

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 1392		Société : R.A.M.	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input checked="" type="checkbox"/> Autre :	Pré�ante
Nom & Prénom : BA GASSÉ		Mhammed	
Date de naissance : 25.11.52			
Adresse : Hamra			
Tél. : 06.00.77.06.53		Total des frais engagés : 420,00 Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
EP BA GASSÉ	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade : BIHMOUN FAHAD HAFSA	
Age : 62	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 : Casablanca
Signature de l'adhérent(e) : 23/03/2013

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

DÉTAILS DES CHARGEMENTS		
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
<i>Laboratoire INPE ANALYSES MEDICALES RADILOGIQUE Av. Yacoub El Mansour Imm. Bach. Tel: 094 14 71 35 024</i>	10/3/23	(B30x4) + B100 B50x2 + B60 + Pct 5	420,00 DFT

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>								
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 40px; height: 40px;"></td> <td style="width: 40px; height: 40px;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 40px; height: 40px;"></td> <td style="width: 40px; height: 40px;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 40px; height: 40px;"></td> <td style="width: 40px; height: 40px;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 40px; height: 40px;"></td> <td style="width: 40px; height: 40px;"></td> </tr> </table>											MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 40px; height: 40px;"></td> <td style="width: 40px; height: 40px;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 40px; height: 40px;"></td> <td style="width: 40px; height: 40px;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 40px; height: 40px;"></td> <td style="width: 40px; height: 40px;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 40px; height: 40px;"></td> <td style="width: 40px; height: 40px;"></td> </tr> </table>											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 المطار
CLINIQUE L'AEROPORT

مصحة متعددة الاختصاصات
CLINIQUE MULTIDISCIPLINAIRE

- Urgences 24h / 7j • Centre de Cardiologie et Maladies Vasculaires
- Centre Ophtalmologie et Chirurgie Refractive • Centre Radiologie • Centre Médical et Chirurgical
- Centre Mère et Enfant • Centre Réanimation et Soins Intensifs • Centre Urologie et Lithotripsie
- Centre Traumatologie • Centre Chirurgie Plastique et Esthétique
- Centre de neurologie et neurochirurgie
- المستعجلات 24h / 7j • مركز أمراض القلب والشرايين • مركز طب و جراحة العيون • مركز الشخص بالأشعة
- مركز طبي و جراحي • مركز الألم و الطفل • مركز الانعاش و العناية المركزة • مركز أمراض المسالك البولية و تفتيت الحصى
- مركز أمراض و جراحة العظام • الجراحة البلاستيكية و التجميل • جراحة الدماغ و الأعصاب و العمود الفقري

08 mars 2023

Mme BIHMOUTEN HAFIDA

Urée - Créatinémie

Glycémie à jeun + Hb A1c

Cholestérol total + HDL et LDH

Triglycérides



394, AVENUE GMASSA (ROUTE DE L'AÉROPORT), MARRAKECH - MAROC

Standard : 05 24 36 86 00 - Facturation : 05 24 36 86 12 - Centre Radiologie : 05 24 36 86 02 - Ophtalmologie : 05 24 36 86 01

Centre Cardiologie : 05 24 36 86 15 - Maternité : 05 24 36 86 14 - Prise en charge : 05 24 36 86 08

Fax 1 : 05 29 80 08 89 - Fax 2 : 05 24 37 33 06 - contact@cliniqueaeroport.com - www.cliniqueaeroport.com

LABORATOIRE "NAKHIL" مختبر النخيل للتحليلات الطبية

D'ANALYSES MEDICALES ET BIOLOGIQUES

CHARRAT Abdelkarim
Pharmacien Biologiste

الشارط عبد الكرم
صيدلي بيلوجي

INPE :
073002735

R.C : 36 218 - IF:69100730
I.C.E : 0016 0986 5000 024

Madame BAGASSE HAFIDA

1GG7634

PRIVE

Facture N° : 56715

Prescripteur : Docteur HAJJI IBTISSAM

Analyses Effectuées Le 10/03/2023

Prélèvements	15 dh
Glycémie (à jeun)	b : 30
Urée	b : 30
Créatinine	b : 30
Hémoglobine glycosylée	b : 100
Cholestérol total	b : 30
Cholestérol HDL	b : 50
Cholestérol LDL	b : 50
Triglycérides	b : 60
TOTAL_B : b 380	
TOTAL DOSSIER : 420 dh	

Arrêtée la présente facture à la somme de :

QUATRE CENT VINGT DHS

LABORATOIRE "NAKHIL" مختبر النخيل للتحليلات الطبية

D'ANALYSES MEDICALES ET BIOLOGIQUES

CHARRAT Abdelkarim
Pharmacien Biologiste

الشراط عبد الكريم
صيدلي بيولوجي

Prélèvement du : 22/11/2021

Edition du : 10/03/2023



1GG7634

Madame BAGASSE HAFIDA

Dossier n° : KKM829389

LBM9796

Dr. NAIT EL BARJ MUSTAPHA

Page : 1/2
22/11/2021

HEMATOLOGIE

Analyses	Résultats	Normes	Antécédants
NUMÉRATION FORMULES			
Globules rouges.....	4.67	M/mm3	(4.2-5.4) 4.64 : 07/07/2020
Hémoglobine.....	14.30	g/100ml	(12-16) 14.20 : 07/07/2020
Hématocrite.....	41.40	%	(35-50) 41.10 : 07/07/2020
Volumne globulaire (VGM)	89	μ 3	(83-95) 89 : 07/07/2020
Charge (TGMH)	31	pg	(27-33) 31 : 07/07/2020
Concentration (CGMH)	35	%	(31-36) 35 : 07/07/2020
FORMULE LEUCOCYTAIRE			
Globules blancs.....	7600	/mm3	(4000-10000) 8060 : 07/07/2020
Polynucléaires neutrophiles... soit.....	37.10 2820	% /mm3	(50-75) 3055 : 07/07/2020
Polynucléaires éosinophiles... soit.....	5.40 410	% /mm3	(< à 4) 371 : 07/07/2020
Polynucléaires basophiles.... soit.....	0.90 68	% /mm3	(< à 2) 97 : 07/07/2020
Lymphocytes..... soit.....	48.40 3678	% /mm3	(20-40) 3837 : 07/07/2020
Monocytes..... soit.....	8.20 623	% /mm3	(2-8) 701 : 07/07/2020
total.....	100		
Plaquettes.....	184000	/mm3	(150000-450000) 237000 : 07/07/2020

Laboratoire Nakhil
Dr. Abdelkarim CHARRAT
Pharmacien Biologiste