

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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° W21-764227

155969

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autre</b>
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <b>04739</b>	Société : <b>RAJ</b>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>Bouhouri Aïda</b>			
Date de naissance : <b>15/01/1972</b>			
Adresse : <b>7 Avenue des Neffliers Firdauss à Seba</b>			
Tél. <b>061098627</b> Total des frais engagés : <b>129.80 DH</b>			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
			
Date de consultation : <b>18/01/2023</b>			
Nom et prénom du malade : <b>M A C H A T I A G H I T A</b> Age : <b>42</b>			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <b>M-A + Douloureuse</b>			
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'att-médecin conseil de la Mutuelle.			

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : **Al Hoceima** Le : **03/04/2023**

Signature de l'adhérent(e) :



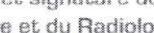
## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
18/01/2023	CS + CEG		300,00 DHS	INP : 0910089912

## 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
	23/01/23	B-F2a-pnt	989,80 DM

## AUXILIAIRES MEDICAUX

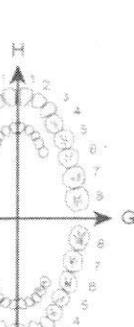
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est tenu 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 des

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	$  \begin{array}{r l}  H & 25533412 \quad 21433552 \\  & 00000000 \quad 00000000 \\  \hline  D & 00000000 \quad 00000000 \\  & 35533411 \quad 11433553 \\  \hline  B & &  \end{array}  $ <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
				<input type="text"/> DATE DU DEVIS
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



مصحة أمراض القلب الدار البيضاء - الوازيس  
**CLINIQUE Cardiologique Casa-Oasis**

Cardiologie / Cardiologie Interventionnelle / Radiologie Vasculaire Interventionnelle  
Chirurgie Cardio Vasculaire et Thoracique  
**Coro-Scanner / 128 barrettes**

2 18/01/23

الدكتور محمد علاوي

**Dr. Mohamed ALLAOUI**

**CARDIOLOGUE**

DES de Cardiologie  
et

Pathologie Vasculaire

de la Faculté

de

Médecine de PARIS

Ancien Interne

des

Hôpitaux de NANCY

Membre de la Société

Française de Cardiologie

N° Nachmech: 614

-

fein sy

- 113

- moi, aéut, h<sup>1</sup>, G, LDZ T6.

AUJOURD'HUI. très en forme.

TSI

CLINIQUE CARDIOLOGIQUE  
Casa - Tel: 0522 98 07 06  
20, Rue France Ville - Oasis  
Dr. Mohamed ALLAOUI

CLINIQUE CARDIOLOGIQUE  
Casa - Tel: 0522 98 07 06  
20, Rue France Ville - Oasis  
Dr. Mohamed ALLAOUI

**Laboratoire d'Analyses de Biologie Médicale Bir Anzarane**

117, Bd Bir Anzarane 20 100 Maarif Casablanca

Tél : 05 22 99 46 63/ 05 22 25 82 05 Fax : 05 22 98 09 11

ICE : 001748386000083

Patente : 35870583

IF : 01006693

CNSS : 7070999

Compte bancaire : BMCI Casa Normandie

RIB : 013 780 01802 000329 001 80 48

INPE : 093001196

Casablanca le : 23-01-2023

Mme Ghita MACHMACHI

FACTURE N°	2301231053
------------	------------

**Récapitulatif des analyses**

CN	Analyse	Val	Clefs
0110	Cholestérol HDL +LDL	B80	B
PS	Prélèvement sang	E25	E
0163	TSH	B250	B
0216	Numération Formule (Globules rouges/Blancs/plaquettes)	B80	B
	Cholestérol Total	B30	B
0100	Acide urique	B30	B
0111	Créatinine	B30	B
0131	Potassium	B30	B
0134	Triglycérides	B60	B
0135	Urée	B30	B
0146	Transaminases O (TGO)	B50	B
0147	Transaminases P (TGP)	B50	B

Total de B : 720

TOTAL DOSSIER	989.80 DH
---------------	-----------

Arrêtée la présente facture à la somme de : neuf cent quatre-vingt-neuf dirhams quatre-vingts centimes

2  
L'ANALYSE  
BIR ANZARANE  
117 Bd Bir Anzarane 20 100 Casablanca  
Tél : 05 22 99 46 63 / 05 22 25 82 05 Fax : 05 22 98 09 11

Casablanca, le 18 Janvier 2023

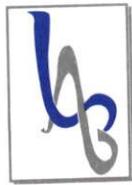
**Mme MACHMACHI GHITA**

**FACTURE N°212/2023**

	Désignation	QT	Montant
18/01/2023	Consultation cardiologique+ECG	1	300,00
<b>300,00</b>			

Arrêtée la présent facture à la somme de :  
**Trois Cents DIRHAMS (300,00 dhs)**

Dr. Mohamed AZLAOUR  
 20, Rue France Ville - Oasis  
 Casablanca - Tél: 0622 98 07 06  
 06 22 98 07 06 / 05 22 98 07 06  
 06 22 98 07 06 / 05 22 98 07 06  
 06 22 98 07 06 / 05 22 98 07 06  
 CLINIQUE CASA OASIS  
 CLINIQUE CARDIOLOGIQUE



Prescripteur : Dr MOHAMED ALLAOUI

Réf : 2301231053

Dossier ouvert le : 23-01-2023 10:14

Édité le : 24-01-2023

Mme MACHMACHI Ghita

Page 1 / 3

Compte Rendu d'Analyse

Laboratoire certifié AFNOR ISO 9001:2015 N°2020/85901

## HEMATOLOGIE

### NUMERATION FORMULE SANGUINE

Sysmex XT2000

#### NUMERATION

			18-08-2021
Leucocytes :	7 350	/mm <sup>3</sup>	(4 000–10 000)
Hématies :	3.90	M/mm <sup>3</sup>	(3.80–5.40)
Hémoglobine :	11.5	g/100ml	(12.0–16.0)
Hématocrite :	34.6	%	(35.5–45.5)
VGM :	88.7	μ3	(80.0–99.0)
TCMH :	29.5	pg	(27.0–33.0)
CCMH :	33.2	g/100ml	(29.0–36.0)
			4 980
			4.21
			12.2
			36.4
			86.5
			29.0
			33.5

#### FORMULE

Polynucléaires Neutrophiles :	44.5	%	(40.0–75.0)	57.8
Soit:	3 271	/mm <sup>3</sup>	(2 000–7 500)	2 878
Polynucléaires Eosinophiles :	1.8	%	(1.0–4.0)	0.1
Soit:	132	/mm <sup>3</sup>	(100–400)	5
Polynucléaires Basophiles :	0.4	%	(0.0–1.0)	0.2
Soit:	29	/mm <sup>3</sup>	(0–150)	10
Lymphocytes :	45.4	%	(20.0–45.0)	38.4
Soit:	3 337	/mm <sup>3</sup>	(1 500–4 000)	1 912
Monocytes :	7.9	%	(2.0–12.0)	3.6
Soit:	581	/mm <sup>3</sup>	(200–800)	179

#### PLAQUETTES

Plaquettes :	307 000	/mm <sup>3</sup>	(150 000–400 000)	211 000
VMP:	10.8	fl		10.7
Frottis sanguin:	Absence d'anomalies morphologiques			

Biologistes Responsables :

- Dr. A. AZEDDOUG
- Dr. N. BAAJ

**Laboratoire certifié AFNOR ISO 9001:2015 n°2020/85901**

Dr N. BAAJ  
Biologue d'analyses  
Laboratoire Bir Anzarane  
Pharmacien biologiste

ID:  
D-naiss  
ans,

18-Jan-2023 10:29:02

Fréq. Card. 84 BPM  
Int PR: 139 ms  
Dur. QRS 69 ms  
QT/QTc 335/377 ms  
Axes P-R-T 1-4 41

~ Nachoui Ghita.  
Dr. Mohamed ALLAOUI  
20, Rue de France Ville - Oasis  
CASA OASIS  
CLINIQUE CARDIOLOGIQUE  
Tél: 05 22 98 07 06  
Fax: 05 22 98 88 25  
20, Rue de France Ville Oasis - CASA OASIS  
CASA OASIS  
CLINIQUE CARDIOLOGIQUE  
Tél: 05 22 98 07 06  
Fax: 05 22 98 88 25

