

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8812 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : TAR HALI ABDELLAH RAHMANE

Date de naissance : 14/11/1966

Adresse : Qu. BORISIER MAARRIF Total des frais engagés : 290,00 Dhs

Tél. : 06 45 59 22 15

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 25/05/2019

Nom et prénom du malade : DAWNTASIA marie Age : 33

Lien de parenté : **Elle-même** **Conjoint** **Enfant**

Nature de la maladie : Toxoplasmosis

Affection longue durée ou chronique : **ALD** **ALC** Pathologie : Pathologie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Maladie

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 Le : 08/06/2019

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
25/5/23	9	6		Dr LEMSEFFER Abdeljalil Gynécologue-Obstétricien Boulevard Zerkouni Tunisie

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Prise de vue de la tête et du cou de M. GANJLI Nourreddine Prise de vue de la tête et du cou de M. GANJLI Nourreddine Prise de vue de la tête et du cou de M. GANJLI Nourreddine	25/05/2012	B160+ PC	2900

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				Coefficient des travaux														
				Montants des soins														
				Début d'exécution														
				Fin d'exécution														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DENTITION PROTHÉTICALE	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
		<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">-----</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">35533411 11433553</td> </tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	-----			B	00000000	00000000	35533411 11433553			Coefficient des travaux
H	25533412	21433552																
D	00000000	00000000																

B	00000000	00000000																
35533411 11433553																		
		<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction]</p> <p style="text-align: center;">Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	Montants des soins															
				Date du devis														
				Date de l'exécution														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CR

مصحة ريفيرا
CLINIQUE RIVIERA

Dr LEMSEFFER Abdelljalil
Gynécologue-Obstétricien
52, Boulevard Zerkouni
Casablanca

Casablanca le 25.05.23

2^{me} Moutassir Mariem

- NF.S

- TP

- TCR

Mme MOUNTASSIR Mariem
06-04-1984 F



ORDONNANCE

A coller sur l'ordonnance

مختبر التحاليل الطبية لموماك
Laboratoire d'Analyses Médicales
LABOMAC
Dr. LOUANJI Noureddine - Biologiste
40, Rue Prince Moulay Abdellah - Casa
Tél: 0522 66 74 22 - 0522 29 77 00 - Fax: 0522 28 03 03

Dr LEMSEFFER Abdelljalil
Gynécologue-Obstétricien
52, Boulevard Zerkouni
Casablanca

INP : 093001980
IF : 706552
ICE : 001654761000041

FACTURE

CASABLANCA le 25-05-2023

CLINIQUE RIVIERA
Mme Mariem MOUNTASSIR
Prescripteur : Dr RIVIERA CLINIQUE

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Prélèvement sanguin	E22	E
DOM	DEPL A DOMICILE	E50	E
0216	Numération formule	B80	B
0236	Taux de prothrombine	B40	B
0239	Temps de céphaline: TCK	B40	B

Total des B : 160

TOTAL DOSSIER : 290.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : deux cent quatre-vingt-dix dirhams .

Dr Noureddine LOUANJLI

مختبر التحاليل الطبية
Laboratoire d'Analyses Médicales
LABOMAC
Dr. LOUANJLI Noureddine - ب.ج.ج. 40
40 Rue Prince Moulay Abdellah - Casablanca
Tél.: 0622 20 74 22 - 0522 22 77 00 - 0522 22 77 01

Prélèvements à Domicile Tél.: 06 54 35 63 47 / 06 77 06 70 95 / 06 61 78 93 98

40.Rue Prince Moulay Abdellah - Casablanca C.P.20.080. محج الأمير مولاي عبد الله - الدا البيضاء - ر.ب.
Tél.: 05 22 47 33 83 / 05 22 29 77 06 / 05 22 22 14 95 / 05 22 47 40 58 - Fax : 05 22 26 83 03

E-mail : labomac1@gmail.com / n.louanjli@gmail.com - site internet : www.labomac.ma

CNSS : 2102391 / ICE : 001654761000041 / Patente : 33202488 / IF : 41502000

Date du prélèvement : 25-05-2023 à 09:38
Code patient : 2305230031
Né(e) le : 06-04-1984 (39 ans)



Mme Mariem MOUNTASSIR
Dossier N° : 2305250063
Prescripteur : Dr RIVIERA CLINIQUE

HEMATOLOGIE

HEMOGRAMME (Automates : Sysmex XN-2000 et Mindray BC-6800)

"Les valeurs de référence sont automatiquement éditées en fonction de l'âge, du sexe, état physiologique du patient(e) et l'âge de grossesse"

			23-05-2023
Hématies :	2.75	M/mm3	(3.90-5.40) 2.55
Hémoglobine :	7.9	g/dL	(12.0-15.6) 7.2
Hématocrite :	23.0	%	(35.5-45.5) 21.2
VGM :	84	fL	(80-99) 83
TCMH :	29	pg	(27-34) 28
CCMH :	34.3	g/dL	(28.0-36.0) 34.0
RDW-CV :	13.3	%	(0.0-18.5) 13.8
Leucocytes :	7 870	/mm3	(3 900-10 200) 8 090
Polynucléaires Neutrophiles :	87	%	82
Soit:	6 847	/mm3	(2 000-7 500) 6 634
Lymphocytes :	8	%	12
Soit:	630	/mm3	(1 000-4 000) 971
Monocytes :	5	%	6
Soit:	394	/mm3	(<1 100) 485
Polynucléaires Eosinophiles :	0	%	0
Soit:	0	/mm3	(0-600) 0
Polynucléaires Basophiles :	0	%	0
Soit:	0	/mm3	(0-150) 0
Plaquettes :	64 000	/mm3	(150 000-450 000) 75 000

مختبر التحاليل الطبية ببومار
Laboratoire d'Analyses Médicales
LABOMAC
Dr. LOUANJI Noureddine - Biologiste
40, Rue Prince Moulay Abdellah - Casa
Tél: 0622 20 74 22 - Fax: 0522 26 83 03
Validé par : Dr Noureddine LOUANJI

Page 1 / 2

Prélèvements à Domicile Tél.: 06 54 35 63 47 / 06 77 06 70 95 / 06 61 78 93 98

40. Rue Prince Moulay Abdellah - Casablanca C.P.20.080. محج الأمير مولاي عبد الله - الدا البيضاء - رب.
Tél.: 05 22 47 33 83 / 05 22 29 77 06 / 05 22 22 14 95 / 05 22 47 40 58 - Fax : 05 22 26 83 03

E-mail : labomac1@gmail.com / n.louanji@gmail.com - site internet : www.labomac.ma

CNSS : 2102391 / ICE : 001654761000041 / Patente : 33202488 / IF : 41502000

Date du prélèvement : 25-05-2023 à 09:38
Code patient : 2305230031
Né(e) le : 06-04-1984 (39 ans)

Mme Mariem MOUNTASSIR
Dossier N° : 2305250063
Prescripteur : Dr RIVIERA CLINIQUE

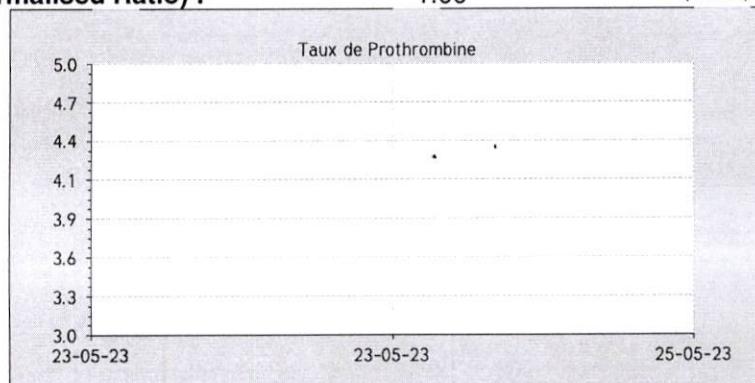
HEMOSTASE

Taux de prothrombine (Patient non traité)

(Chronométrique STAGO – STA Satellite)

23-05-2023

Temps de Quick Patient:	12.7 sec.	15.8
Temps de Quick Témoin:	13.0 sec.	13.3
Taux de Prothrombine	100 %	76
INR (International Normalised Ratio) :	1.00	(<1.30)



Temps de céphaline + Activateur

(Chronométrique STAGO – STA Satellite)

23-05-2023

TCA Temps patient (RC)	31.4 sec.	37.8
TCA Temps témoin	35.0 sec.	35.0
TCA Ratio patient/témoin	0.90	(<1.20)

CONCLUSION

(RC) : Résultat contrôlé

Bilan d'hémostase normal.

Prélèvements à Domicile Tél.: 06 54 35 63 47 / 06 77 06 70 95 / 06 61 78 93 98

40.Rue Prince Moulay Abdellah - Casablanca C.P.20.080. 40. محج الأمير مولاي عبد الله - الدا البيضاء - ر.ب.
Tél.: 05 22 47 33 83 / 05 22 29 77 06 / 05 22 22 14 95 / 05 22 47 40 58 - Fax : 05 22 26 83 03

E-mail : labomac1@gmail.com / n.louanji@gmail.com - site internet : www.labomac.ma

CNSS : 2102391 / ICE : 001654761000041 / Patente : 33202488 / IF : 41502000

مختبر التحاليل الطبية ببومان
Laboratoire d'Analyses Médicales
LABOMAC
Dr. LOUANJI Noureddine - Biologue
40, Rue Prince Moulay Abdellah - Casablanca
Tél.: 05 22 47 33 83 / 05 22 29 77 06 / 05 22 22 14 95 / 05 22 47 40 58 - Fax : 05 22 26 83 03
Valide par : Dr. Noureddine LOUANJI

Page 2 / 2