

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 :

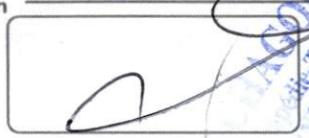
- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

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.

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | |
| Matricule : | 9233 | Société : |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : |
| Nom & Prénom : SABER | | |
| Date de naissance : 10/09/62 | | |
| Adresse : 13 RUE EL YASSAMINE Résol GRIZZANE 14 APP 11 | | |
| Tél. : 06 66 08 98 93 Total des frais engagés : 6050 # 840,00 M 7 phs | | |

| | | |
|------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Autorisation CNLP n° : AA-215/2019 | Cadre réservé au Médecin | |
| | Cachet du médecin : |  |
| | Date de consultation : | / |
| | Nom et prénom du malade : | |
| | Lien de parenté : | <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" 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 : CASA

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 01/07/13



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| 06/07/2010 | 6 | | 6 | INP :  |

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 Coefficients | Montant des Honoraires |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------------------------|------------------------|
| Laboratoire SALETTE 05 37 80 66 20 07 62 57 58 12 143, angle de l'Avenue Medina et Rue Benguerir Battana-salet INP 043065044 | 06/07/2010 | B 21.0 | 24.6, 00.54 |

AUXILIAIRES MEDICAUX

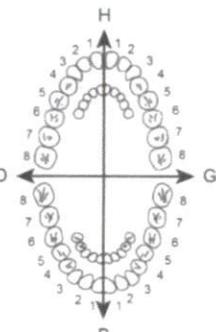
| Cachet et signature du Particulier | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|------------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

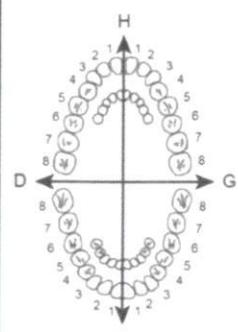
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Importante :

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 : |
|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
|  | | | | |
| | | | | 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 | |
| B | |
| <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | |
|  | |
| | 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

وصفة طبية

Ordonnance

06/07/2009

Casablanca, le :

Sabri Soumi

سالم سومي

+ N R
+
T 15
LABORATOIRES SILELAB
Tél: 05 37 80 86 20 07 62 57 58 12
143 avenue de l'Avenue Medouina
et Rue Benguerir Battana-Salé

- C R E

Dr CHAMOU Aniss
Chirurgie-Traumatologie
Tél : 091177519
tel : 06 61 55 25 72

FACTURE N° : 230700078
INPE 043065044



salé le 06-07-2023

Mme SABER Soumia

| Récapitulatif des analyses | | |
|-----------------------------------|----------------------------------------|------------|
| CN | Analyse | Clé |
| 9105 | Forfait traitement échantillon sanguin | E20 |
| 0216 | Numération formule | B80 |
| 0370 | CRP (Protéine C réactive) | B100 |
| 0223 | Vitesse de sédimentation | B30 |

Total des B : 210

TOTAL DOSSIER : 240.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : deux cent quarante dirhams .

LABORATOIRE SALELAB
tel: 05 37 88 86 20 / 07 62 57 58 12
143, angle de l'Avenue Medouara
(Rue Bengueririe Battana-Salé)

Date du prélèvement : 06-07-2023 à 13:54

Prescripteur :

Correspondant : MUPRAS

Dossier N° : 20230706046



Mme SABER Soumia

Né(e) le : 10-09-1962 (60 ans)

Code patient : 20230706046

Compte-rendu complet

HEMATOLOGIE

NUMERATION FORMULE SANGUINE (NFS)

(SYSMEX XN330/ BECKMAN COULTER DxH520)

Lignée érythrocytaire

| | | | |
|-------------|------|-------------------|-------------|
| Hématies | 4.71 | M/mm ³ | (3.90–5.40) |
| Hémoglobine | 12.0 | g/dL | (12.0–15.6) |
| Hématocrite | 37 | % | (36–46) |
| VGM | 78 | fL | (80–99) |
| TCMH | 26 | pg | (27–34) |
| CCMH | 33 | g/dL | (31–36) |

Formule leucocytaire

| | | | |
|--------------|-------|------------------|------------------------|
| Leucocytes | 5 130 | /mm ³ | (3 900–10 200) |
| Neutrophiles | 51 % | soit | 2 640 /mm ³ |
| Eosinophiles | 1 % | soit | 60 /mm ³ |
| Basophiles | 1 % | soit | 30 /mm ³ |
| Lymphocytes | 35 % | soit | 1 800 /mm ³ |
| Monocytes | 12 % | soit | 600 /mm ³ |

Numération plaquetttaire

| | | | |
|------------|---------|------------------|-------------------|
| Plaquettes | 261 000 | /mm ³ | (150 000–450 000) |
|------------|---------|------------------|-------------------|

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

BILAN INFLAMMATOIRE

PROTEINE-C-REACTIVE (CRP)

(Immunoturbidimétrie sur AU 480 Beckman Coulter)

1.3 mg/L

LABORATOIRE SALELAB
(+212) 537 80 86 20 07 52 57 58 12
143, angle de l'Avenue Mediouna
et Rue Benguerir - Bettana salé

Prélèvement à domicile avec rendez-vous

05 37 80 86 20 / 06 62 10 12 69

Laboratoiresalelab@gmail.com

143 Angle de l'avenue Mediouna et rue Benguerir - Bettana salé

ICE : 002903582000044

IF : 33515468



Dr Houda BERNATCHOU
MEDECIN BIOLOGISTE

Spécialiste en analyses médicales et spécialisées
Lauréate de la faculté de médecine
et de pharmacie de Rabat
Ancienne interne du CHU Rabat
Hématologie Immunologie Biochimie bactériologie
Virologie Parasitologie Mycologie Biologie de la reproduction

20230706046 – Mme Soumia SABER

VITESSE DE SEDIMENTATION

VS 1ère heure

27 mm/h

VS 2ème heure

61 mm/h

Valeur de référence VS 1ère heure : Homme (VS < âge/2) , Femme (vs < (âge +10)/2)

La deuxième heure n'a plus d'intérêt clinique.

Seule la première heure ayant une pertinence médicale.

Validé par : DR BERNATCHOU HOUDA

LABORATOIRE SALELAB
Tél: 05 71 11 00 00
143, avenue Mediouna et Rue Benguerir - Bettana-Salé

Prélèvement à domicile avec rendez-vous

05 37 80 86 20 / 06 62 10 12 69

Laboratoiresalelab@gmail.com

143 Angle de l'avenue Mediouna et rue Benguerir - Bettana salé

ICE : 002903582000044

Page 2 / 2
IF : 33515468