

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

Pre

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 : 12 47

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

THAI LI ZINEB

Date de naissance :

24/12/48

Adresse :

HAJOURGA nissini Rue 22 N 18/10

Tél. :

0667678487

Total des frais engagés :

130.

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

19/01/24

Nom et prénom du malade :

Thaï Li Zineb

Age: 75 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

Céphalgie, lipo, que
ou → du 17/01/24

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.

17 FEV. 2024

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

21/01/2024

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
19/01/14	CS			<i>Medecin de la PAAD</i>

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
<p>مختبر الصافي للتحاليل الطبية</p> <p>LABORATOIRE SCALFI D'ANALYSES MEDICALES</p> <p>Dr. BEN MANSOUR</p> <p>40, Bd Brahim Roudani Maârif</p> <p>T: 05 22 25 78 25 / 05 22 39 61</p> <p>fax: 05 22 25 00 50</p>	21/01/24	Bob Bob	43000 DA

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ORDONNANCE

19/01/24

Thoïli, fineb

$\text{Na}^+, \text{K}^+, \text{Ca}^{2+}$

BHT

urine, cest

2

ASAT, ALAT

1

Alanine, CP

3

مختبر الماء والبلازما لتحليلات الطبية
LABORATOIRE SOHAID AL BLOUD
Dr. BENMADRI Madrif
240, Bd Benmadi 105 22 25 39 61
Casablanca - Tél: 05 22 25 82 71 - Patente: 35805014

مختبر الصافي لتحليلات الماء
LABORATOIRE SOHAID D'ANALYSES MEDICALES
Dr. BENMADRI Madrif
240, Bd Benmadi 105 22 25 78 23 01 - Patente: 35805014

NFS - pla

BH { ITP
ITCA

JORDI JAD
PHARMACIE Interne
CASABLANCA

Prélèvements à domicile
 sur rendez-vous

Dr. BENMILLOUD Loubna. Médecin biologiste.

Faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca

Diplôme universitaire de qualité en sciences de la santé

Diplôme d'hygiène hospitalière et prévention des infections nosocomiales

FACTURE N° : 240000395

CASABLANCA le 21-01-2024

Mme THAILI Zineb

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Prélèvement sanguin	E25	E
DEP	DEPL A DOMICILE	E50	E
0101	Albuminémie (Méthode immunologique)	B60	B
0111	Créatininé	B30	B
0146	Transaminases O (TGO)	B50	B
0147	Transaminases P (TGP)	B50	B
0182	Urée	B30	B
0370	CRP	B100	B

Total des B : 320

TOTAL DOSSIER : 430.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : quatre cent trente dirham .

مختبر الصقلی للتحاليل الطبية
 LABORATOIRE SQALLI D'ANALYSES MÉDICALES
 Dr. BENMILLOUD Loubna
 340, Bd Brahim Roudani Mārif
 Tel: 05 22 25 78 25 / 05 22 25 39 61
 Patente: 3580501

Code INPE : 093000214

AWB - Agence Rue Nassih Eddine
 RIB : 007 780 0003555000000328 25



093000214

Prélèvements à domicile
 sur rendez-vous

Date du prélèvement : 21-01-2024 à 11:48
 Code patient : 2401210010
 Né(e) le : 24-02-1948 (75 ans)



Mme THAILI Zineb
 Dossier N° : 2401210010
 Prescripteur :

ASPECT DE SERUM

Aspect du sérum : Normal

BIOCHIMIE SANGUINE

Protéine C-réactive (CRP)

(Immunoturbidimétrie – KONELAB20 – Diasys)

Résultat techniquement contrôlée sur le même prélèvement.

47.3 mg/L

(<6.0)

Urée

(Dosage UV enzymatique – Konelab 30 – Thermo fisher)

Résultat techniquement contrôlée sur le même prélèvement.

1.54 g/L

(0.20–0.50)

25.66 mmol/L

(3.33–8.33)

Créatinine

(Créatine Enzymatique –Respons 920 Diasys)

Résultat techniquement contrôlée sur le même prélèvement.

14.3 mg/L

(6.0–11.0)

126.5 µmol/L

(53.1–97.3)

CLAIRANCE DE LA CREATININE ESTIMÉE (formule MDRD)

(MDRD =Modification of Diet in Renal Disease)

Clairance:

(Clairance de la créatinine estimée pour un patient caucasien)

38 mL/min

(>60)

Classification de la maladie rénale chronique :

- G1 : Clairance normale : > ou = à 90mL/min
- G2 : Clairance légèrement abaissée : 60–89mL/min
- G3a : Clairance légèrement abaissée à modérément abaissée : 45–59mL/min
- G3b : Clairance modérément à sévèrement abaissée : 30–44mL/min
- G4 : Clairance sévèrement abaissée : 15–29mL/min
- G5 : Insuffisance rénale terminale : < à 15 mL/min.

Albumine sérique

(BCG- Konelab 30 – Thermo fisher)

36 g/L

(35–52)

Transaminases GPT (ALAT)

(ALT IFCC – Konelab30 – Thermo fisher)

10 UI/L

(0–35)

Transaminases GOT (ASAT)

(AST IFCC- Konelab 30 – Thermo fisher)

13 UI/L

(0–40)

Validé par : Dr. BENMLOUD Loubna

مختبر الصقلي للتحاليل الطبية
Laboratoire SQALLI d'Analyses Médicales
 240, Bd Brahim Roudani (ex Route d'El Jadida) Mâarif Extension. Casablanca. طريق الجديدة (طريق الرودانى)
 Tél : 0522 25 78 25 / 0522 25 39 61 • Fax : 0522 98 84 94 • Urgences : 0668 181 182 • E-mail : labosqalli@sqalli.ma
 IF : 18801592 • TP : 35805014 • ICE : 001728083000020 • CNSS : 4981008 • CODE INPE : 093000214
 240, Bd Brahim Roudani Mâarif
 0522 25 78 25 / 0522 25 39 61 • Fax : 0522 98 84 94 • Urgences : 0668 181 182 • E-mail : labosqalli@sqalli.ma
 IF : 18801592 • TP : 35805014 • ICE : 001728083000020 • CNSS : 4981008 • CODE INPE : 093000214