

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <u>13082</u>		Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<u>MHANIN</u>
Nom & Prénom : <u>MHANIN</u>		<u>Mohamed Amine</u>	
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : <u>0670375897</u>		Total des frais engagés :	
Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :			
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 : **Le :** / /
Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie	N° W19-419823
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 :	

extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives et 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.

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"/>

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		AM	PC	IM	IV		
	18 JUL 2019						

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 (Rows for treatment of upper and lower teeth)	Nature des Soins (Rows for nature of treatment)	Coefficient (Rows for coefficient)	INP : <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/>																			
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/>																			
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/>																			
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/>																			
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/>																			
				ODF PROTHÉSES DENTAIRES 																			
				DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;"></td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> </table>					H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B		
				H	25533412	21433552																	
					00000000	00000000																	
				D	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																					
B																							
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																							
<input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/> DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/>																							

وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

Hannî

Reb Aelle

NFS

RPD

Doas Isel

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Pr. Ass. AHNACH MARYAMNE
Hématologie Clinique
09182691

Spécialités

 Cytogénétique
 Biologie moléculaire
 Dépistage néonatal-prénatal

 Biologie cellulaire
 Biologie médicale
 Anatomie pathologique

Identifiant du patient : H0119002155

Date de naissance : 13/07/1993

Sexe : M

Date de l'examen : 01/07/2019

Prélevé le : 01/07/2019 à 08:35

Édité le : 01/07/2019 à 09:38

HANIN MOHAMMED AMINE
Dossier N° : 19070031

Docteur AHNACH MARYAME
Service : SALLE DE PRÉLEVEMENT


HÉMATOLOGIE CELLULAIRE

NUMÉRATION FORMULE SANGUINE

Echantillon primaire: Sang total EDTA (Impédance électrique - Spectrophotométrie - Cytométrie en flux / Sysmex XN2000)

LIGNÉE ROUGE

Hématies	:	3.03	$10^{12}/l$	4 - 5.5	3.01 $10^{12}/l$ (24/06/2019)
Hémoglobine	:	9.6	g/dl	13 - 17	8.9 g/dl (24/06/2019)
Hématocrite	:	29.3	%	36 - 50	27.5 % (24/06/2019)
VGM	:	96.7	fl	82 - 98	91.4 fl (24/06/2019)
CCMH	:	32.8	g/dl	32 - 36	32.4 g/dl (24/06/2019)
TCMH	:	31.7	pg	27 - 32	29.6 pg (24/06/2019)

LIGNÉE BLANCHE

Leucocytes	:	2.82	$10^3/mm^3$	4 - 10	2.31 $10^3/mm^3$ (24/06/2019)
P. Neutrophiles	:	51.3	%	1.45 $10^3/mm^3$	1.5 - 7 58.1 % (24/06/2019)
P. Eosinophiles	:	0.7	%	0.02 $10^3/mm^3$	< 0.46 0.0 % (24/06/2019)
P. Basophiles	:	0.4	%	0.01 $10^3/mm^3$	< 0.08 0.4 % (24/06/2019)
Lymphocytes	:	27.0	%	0.76 $10^3/mm^3$	1 - 4 24.2 % (24/06/2019)
Monocytes	:	20.6	%	0.58 $10^3/mm^3$	0.2 - 1 17.3 % (24/06/2019)

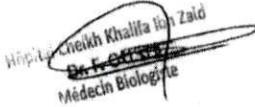
PLAQUETTES

Plaquettes	:	95	$10^3/mm^3$	150 - 400	82 $10^3/mm^3$ (24/06/2019)
------------	---	-----------	-------------	-----------	--------------------------------

Le 01/07/2019 à 09:38

Signature

Dr. OUSTI Fadwa


 Dr. OUSTI Fadwa
 Médecin Biologiste


 Laboratoire National de Référence
 Tel: +212 529 050233
 E-mail: lnr@fckm.ma

Laboratoire National de Référence

 Boulevard mohamed Taieb Naciri, BP 82403 Casa Oum Rabii, Hay Hassani, Casablanca. Téléphone: +212 529 050233, Courriel: lnr@fckm.ma
 Conformément aux textes en vigueur, votre échantillon biologique pourra être éliminé, utilisé et/ou transféré à des fins scientifiques ou de contrôles qualité, hors génétique humaine, de manière anonyme et respectant le secret médical sauf opposition formulée auprès de notre secrétariat médical.

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° **81 439** / 2019 du **01/07/2019**

Nom patient : **HANIN MOHAMMED AMINE**

Entrée **01/07/2019**

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie **01/07/2019**

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
EXAMENS BIOLOGIE	1,00	B0080	96,00	96,00
Total Frais Clinique				96,00

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> QUATRE-VINGT-SEIZE DIRHAMS	Total	96,00

			Carte Bq		Total encaissé	Solde
Encaissements			96,00		96,00	0,00

Reçu de caisse

N° : 1907010828292320 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
1900082047	HANIN MOHAMMED AMINE	01/07/2019

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	6319	96,00
PAYANT	Total payé	96,00
QUATRE-VINGT-SEIZE DIRH		

Reçu établi par : SAL.JAR

Laboratoire National de Référence
Téléphone : 0524 233 33
Fax : 0524 233 333