

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.

Biologie 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.

éducation :

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

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Déclaration de Maladie : N° P19-0001587

 Maladie **Dentaire** **Optique** **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 8767 Société :

 Actif **Pensionné(e)** **Autre**

Nom & Prénom : BONKHLIS A 27 Date de naissance : 06-03-68

Adresse : CASA GREEN TOWN 1155 1mm 11 Aff 03

Tél. : 0661217358 Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 24/09/08

Nom et prénom du malade : BONKHLIS IYAD Age : _____

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

Nature de la maladie : Hemopathie ss Doin

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 : _____ / _____ / _____

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
24/06/19	S		Acte SA	 Dr ZOUBEIR CHOUILLI MATOLOGIE PEDIATRIQUE CAS BLANC 10 JUIN 2010

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
<i>ABOIA ZL BILBAO Bilbao 28/08/2018 28/08/2018 Fax: 05 17 59 29 80</i>	24-06-19	B180	266,20

AUXILIAIRES MEDICAUX

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'ORL.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

HEMATOLOGISTE

ONCOLOGIE PEDIATRIQUE

Ancien Enseignant Faculté de Médecine

et C.H.U Ibn Rochd (Casablanca)

Ancien assistant F.F.

Institut Gustave Roussy (Villejuif - France)

Sur Rendez-Vous

احصادي في أمراض الدم

انكلوجيا الأطفال

أستاذ مساعد سابقا بكلية الطب

والمركز الجامعي ابن رشد (الدار البيضاء)

مساعد سابقا

يعهد كمستشار روسي

(فيل جريف - فرنسا)

بالموعد

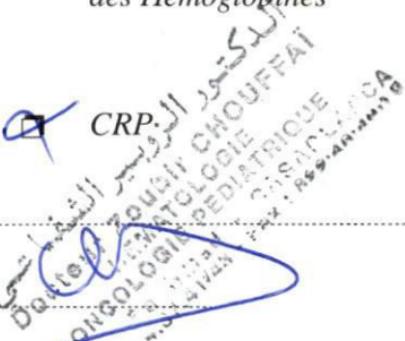
Date : 24/06/15

Nom et Prénom : Zoubirouss Tyad

BILAN SANGUIN

- | | |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> NFS Plaquettes. | <input type="checkbox"/> Réticulocytes. |
| <input type="checkbox"/> Férritinémie. | <input type="checkbox"/> LDH |
| <input type="checkbox"/> Urée | <input type="checkbox"/> Créatinine |
| <input type="checkbox"/> Glycémie | <input type="checkbox"/> Electrophorèse
des Hemoglobines |
| <input type="checkbox"/> V.S. | |
| <input type="checkbox"/> GOT - GPT- Ph. Alcalines. | <input checked="" type="checkbox"/> CRP. |
| <input type="checkbox"/> Autres : | |

Bilan à faire S.V.P. le:



LABORATOIRE TAZI D'ANALYSES MEDICALES

78, Rue d'Alger - CASABLANCA

Tél. : 0522 27 28 08 - 27 53 88 - 27 52 39 . Fax : 0522 29 64 86

LF 40 30 32 50

ICE 001656516000089 INPE: 093001246



T P : 35 504 101 - CNSS : 1121946 - R.C. : 187112 01

Casablanca le 24 juin 2019

Monsieur BOUKHRIS IYAD

FACTURE N°	295879
------------	--------

Analyses :

Hémato : Numération formule plaquettes -----	B	80	
Chimie : Protéine C réactive -----	B	100	Total : B 180

Prélèvements :

Sang-----	Pc	1,5
-----------	----	-----

TOTAL DOSSIER	266,20 DH
---------------	-----------

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Deux Cent Soixante Six Dirhams et Vingt Centimes

*LABORATOIRE TAZI
Zaid Mohamed
BIOLOGISTE
78 Rue d'Alger Casablanca
Tél: 05 22 27 28 08 Fax: 05 22 29 64 86*



مختبر التازي للتحاليل الطبية
LABORATOIRE TAIZI D'ANALYSES MEDICALES

TAZI MOHAMED

NF EN ISO 9001:2008

ASCII

CERTIFICAT MA-2015-XIV.

QUALITATEM

www.ascii-qualitatem.fr

TAZI KARIM

PHARMACIENS BIOLOGISTES - DIPLOMES D'ETUDES SPECIALES DE BIOCHIMIE, IMMUNOLOGIE,
 HEMATOLOGIE, BACTERIOLOGIE ET VIROLOGIE

Monsieur BOUKHRIS IYAD

Docteur ZOUBIR CHOUFFAI

152, Boulevard Ba Hmad

Clinique du Belvédère

CASABLANCA

Examen du 24/06/19 - Edité le 05/08/19

Réf. : 19F1052

Page : 1/1

ANALYSESRESULTATSUNITESNORMALES ANTECEDENTSNUMERATION SANGUINE (AUTOMATE SYSMEX XT-4000i)

04/06/19

HEMATIES -----	4,25	106/mm ³	4,2 - 5,55	4,01
HEMOGLOBINE -----	12,4	g/100 ml	12 - 18	11,3
HEMATOCRITE -----	37,4	%	33 - 54	35,3
- VGM -----	88	μ ³	83 - 98	88
- TGMR -----	29	pg	27 - 33	28
- CGMH -----	33	g/100 ml	30 - 35	32
LEUCOCYTES -----	7 300	/mm ³	4000 - 10000	5000
<u>FORMULE</u>				
POLYNUCLEAIRES NEUTROPHILES ----- ou	66	%	30 - 60	28
		4 818 /mm ³	2000 - 7500	1400
POLYNUCLEAIRES EOSINOPHILES ----- ou	3	%	1 - 3	3
		219 /mm ³		150
POLYNUCLEAIRES BASOPHILES ----- ou	0	%	< 1	0
		0 /mm ³		0
LYMPHOCYTES ----- ou	26	%	30 - 60	62
		1 898 /mm ³	1500 - 6500	3100
MONOCYTES ----- ou	5	%	2 - 10	7
		365 /mm ³		350
PLAQUETTES -----	241 000	/mm ³	150000 - 400000	220000

BIOCHIMIE (AUTOMATE ROCHE COBAS 6000)

PROTEINE C REACTIVE -----	7,0	mg/l	< 6	1,0
---------------------------	-----	------	-----	-----

LABORATOIRE TAIZI
 TAZI Mohamed
 BIOLOGISTE
 73, Rue d'Alger - Casablanca
 Tel: 0522 27 53 88 - Fax: 0522 29 64 86