

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.

N° W19-481113

N° D 11716.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 1855			
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	RAM
Nom & Prénom : D. ERKADOU			
Date de naissance : 1960			
Adresse : 31 RUE HAY TADA MOUNE AERRECHIG			
Tél. : 06 66 19 94 64		Total des frais engagés : 0 Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> DR ABOUGHALEM KHALID Gastro - Enterologie 21 Place Pasteur Q.H - Casa Tél. : 05 22 48 36 80 </div>			
Date de consultation : 11/11/2011			
Nom et prénom du malade : DR M. KHALID			
Lien de parenté :		<input checked="" 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 11/11/2011

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
4.11.19	Consultation	1	Gratuit	INP : 1010101010101010 Dr. ABOU GHALAOUAT Gastro - Endo 21 Place Pasteur 04.22.45.38.80 Tél : 05 22 45 38 80

PHARMACIE HASSAN EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. A. M. A. Z. H. A. S. S. A. N. Pharmacie	11.11.19	285.70

ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. A. M. A. Z. H. A. S. S. A. N. Pharmacie	05/11/19	8.153	268.62

AUXILIAIRES MEDICAUX

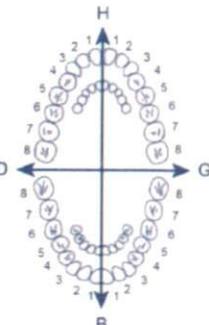
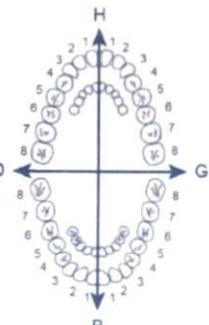
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

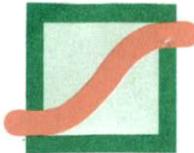
Important :

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 :															
																			
																			
<p>ODF PROTHESES DENTAIRES</p> <p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B			
H	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
D	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
B																			
				COEFFICIENT DES TRAVAUX															
				MONTANTS DES SOINS															
				DEBUT D'EXECUTION															
				FIN D'EXECUTION															
				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



مَسْجِدَةُ دَارِ السَّلَامِ

CLINIQUE DAR SALAM

Casablanca, le 4.11.2015

7. Dierk Aou. Dshane S

Regime sans reis: sur 3 jours

Duspat alia 200.01.11. 181
- gel 3 fis ha **SI** yui
wet le u

89.50 Lixi for SV 1 1 1
angel 2 fis for you

Fortwäh **SV** pen festh.

1 sachet des 10 g
bonne et la veille ~~EL HASSAN~~ ~~EL HASSAN~~ *

104 → 124 ←
64 ←

URGENCES 24 / 24

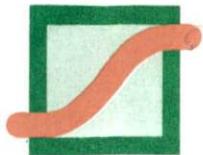
DUSPATALIN 200MG
GELU B20
P.P.V : 54DH00
0
10/09/2029
PER..05 2021
6 118000 010531

Lot/À consommer
de préférence ava
19099 032
LOT PER
Prix 89,50



maphar 
Z. Zerata, Ain Seba, Casablanca, Maroc
FORTRANS SAC B4
P.P.V. : 142,20 DH
6118001181209

LOT : N25736
Exp : 11/2021



مصحة دار السلام CLINIQUE DAR SALAM

Casablanca, le 04/11/2019

DERIKHOUT Mohamed

- NFS, IgG
- OP, TCR
- MRI, heart
- GAT

CLINIQUE D'ANALYSES MEDICALES
IBN SINA
Dr. BOUQUALEM V. BERRECHID
Tél : 05 22 48 36 80

~~CLINIQUE D'URGENCES
DR ABOUQHALEM KHALID
(Gastro - Enterologie
24, Place Pasteur Q.H - Casa
Tél : 05 22 48 36 80~~

URGENCES 24/24 ~~مستعجلات~~

LABORATOIRE IBN SINA

Bd Mohammed V

BERRECHID

Tel : 05.22.33.66.43

Fax : 05.22.33.66.42

ICE : 001761756000030

Patente : N° 40700369 C.N.S.S : N°2229541 IGR : 40195644 INP : 063000509

توقيت العمل

FACTURE : 68614

كل يوم 07.30 ... 18.00

IB 36087 B

السبت 07.30 ... 12.30

Nom et Prénom : Mr. DERKAOUI MOHAMED

Prescripteur :

Référence : 051119 029

Date : 05/11/2019

BILAN :

NFS	B 73	+	GLY	B 15	+	UREE	B 22	+	CREA	B 22	+
TQ	B 28	+	TCK	B 33	+						

MONTANT NET : 268,62 Dhs Soit 193 B

ARRETE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

Deux cent soixante huit Dh et soixante deux cts

LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES
IBN SINA
Bd. Mohammed V, BERRECHID
Tél : 05.22.33.66.43



Berrechid le : 05/11/2019

CIN : B179020

Résultats complets

Édité le: 05/11/2019

Mr. DERKAOUI MOHAMED
IB 36087 B RF: 051119029

HEMATOLOGIE

HEMOGRAMME

(Technique SYSMEX KX-21N)

VALEURS DE REFERENCE

ANTECEDENTS

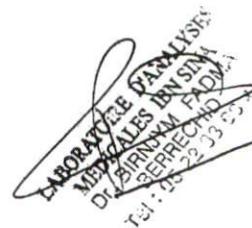
NUMERATION GLOBULAIRE

Leucocytes.....	13 500	/mm ³	(N : 4 000 à 10 000)
Hématies.....	4,80	M/mm ³	(N : 4,5 à 5,7)
Hémoglobine.....	12,9	g/dl	(N : 13,0 à 17,0)
Hématocrite.....	41,5	%	(N : 42 à 54)
V.G.M.....	86	f1	(N : 80 à 100)
T.G.M.H.....	26,9	pg	(N : 27 à 32)
C.C.M.H.....	31,1	g/dl	(N : 32 à 35)

PLAQUETTES.....: 490 Milles/mm³ (150 à 450 Milles)

FORMULE LEUCOCYTAIRE

Polynucléaires Neutrophiles :	66	%	
Soit	8 910	/mm ³	(N : 2 000 à 7 500)
Polynucléaires Eosinophiles :	3	%	
Soit	405	/mm ³	(N : 400 à 500)
Polynucléaires Basophiles.. :	0	%	
Soit	0	/mm ³	(N : < 100)
Lymphocytes	24	%	
Soit	3 240	/mm ³	(N : 1000 à 4000)
Monocytes..... :	7	%	
Soit	945	/mm ³	(N : 200 à 1 000)





Berrechid le : 05/11/2019

CIN : B179020

Résultats complets

Édité le: 05/11/2019

Mr. DERKAOUI MOHAMED
9A 36087 RF: 051119029

BIOCHIMIE

VALEURS DE REFERENCE

ANTECEDENTS

GLYCEMIE A JEUN	0,88	g/l	(N : 0.70 à 1.10)	
(Technique HITACHI 704)	Soit	4,89	mmol/l	(N : 3.89 à 6.11)
UREE.....	0,36	g/l	(N : 0.15 à 0.45)	
(Technique HITACHI 704)	Soit	5,98	mmol/l	(N : 2.5 à 7.5)
CREATININE.....	12,20	mg/l	(N : 7 à 12.5)	
(Technique HITACHI 704)	Soit	107,36	μmol/l	

COAGULATION

VALEURS DE REFERENCE

ANTECEDENTS

TAUX DE PROTHROMBINE

(Technique SYSMEX CA 600)

Témoin	100	%
Temps de Quick	12,0	sec.
Taux de Prothrombine	100,0	%
I.N.R	1,00	

INTERPRETATION

Patient sans A.V.K.	: TP (70 à 100)
Patient sous A.V.K.	
Prévention d'une thrombose veineuse	: INR (2 à 3.0)
Prévention d'une thrombose veineuse récidivante	: INR (2 à 4.0)
Traitement des phlébites ou embolies pulmonaires	: INR (2 à 4.0)
Prévention d'une thrombose artérielle	: INR (3 à 4.5)
Valves cardiaques, mécaniques	: INR (3 à 4.5)

TEMPS DE CEPHALINE ACTIVEE

Témoin	30	sec.
Patient	33	sec.

(25 à 36)

Le Biologiste
LABORATOIRE D'ANALYSES
IBN SINA
BERRECHID
Tél. : 05 22 33 66 43

2 / 2