

**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.

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.

Prothèse 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- 055357




Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00608 Société : RAN
 Actif Pensionné(e) Autre :
Nom & Prénom : FALEL Mohamed
Date de naissance : 01/01/45
Adresse : Hay Imara I Rue M. n.5 Ain chock Casa
Tél. : 0661179081 Total des frais engagés : 239,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
Date de consultation : 10/09/20
Nom et prénom du malade : FALEL
Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
Nature de la maladie : AFF dysto + hépatite
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 Le : 10/09/20
Signature de l'adhérent(e) : 

RELEVÉ 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
10/09/2020				

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
	22/10/2020	B 160 + IUT	239,40

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et d'indiquer la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				Coefficient des Travaux <input type="text"/>														
				Montants des Soins <input type="text"/>														
				Debut d'Execution <input type="text"/>														
				Fin d'Execution <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux <input type="text"/>														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Montants des Soins <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Professeur Driss Jamil

Hepatologie & Gastroenterologie

البروفيسور إدريس جميل

أمراض الكبد والجهاز الهضمي

Casablanca, le 10-9-2010 في الدار البيضاء

MA

Talal Ned

TR

TCK

NFS +

↓ IgG_{total}

LABORATOIRE ANALYSES
MEDICALES MANDARIN
679, boulevard Al Guds 20460 - Casablanca
Tél.: 0522.94.63.63 - Fax.: 0522.21.92.41

البروفيسور إدريس جميل
أمراض الكبد والجهاز الهضمي
201 شارع أنفا - الدار البيضاء
05 22 94 61 61 / 05 22 94 62 62



مختبر منظرنا للتحاليل الطبية
LABORATOIRE MANDARONA
D'ANALYSES MEDICALES

Dr Yahya BENGHALEM

Pharmacien Biologiste
Lauréat de la faculté de Pharmacie de
Montpellier

Dr Abderrahmane BOUMZEBRA

Pharmacien Biologiste
Diplômé des facultés de Médecine et de Pharmacie de
Toulouse et Montpellier

Biochimie - Hématologie - Hormonologie - Bactériologie - Virologie - Immunologie - Parasitologie - Mycologie - Toxicologie

Casablanca le 22 octobre 2020

Monsieur FALEL MOHAMED

FACTURE N°	130570
------------	--------

Analyses :			
Numération formule sanguine -----	B	80	
Taux de Prothrombine -----	B	40	
Temps de céphaline active -----	B	40	Total : B 160
Prélèvements :			
Sang-----	Pc	1,5	
TOTAL DOSSIER		239,40 DH	

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Deux Cent Trente Neuf Dirhams et Quarante Centimes

LABORATOIRE ANALYSES
MEDICALES MANDARONA
679, boulevard Al Qods 20460 - Casablanca
Tél.: 0522 52 83 88 - Fax.: 0522 21 92 41

679, Bd El Qods 20460 Ain Chock - Casablanca - Tél. : 0522 52 83 88 / 0522 87 22 82

Fax : 0522 21 92 41 - E-mail : labo_mandarona@yahoo.fr

CNSS : 8521090 - IF : 40213596 - Patente : 37980291 - ICE : 001634915000055 - IPN : 093060663

BMCE AL QODS : 0117940000 3121000 0144347

ATION



Dr Yahya BENGHALEM

Pharmacien Biologiste
Lauréat de la faculté de Pharmacie de
Montpellier

Dr Abderrahmane BOUMZEBRA

Pharmacien Biologiste
Diplômé des facultés de Médecine et de Pharmacie de
Toulouse et Montpellier

Biochimie - Hématologie - Hormonologie - Bactériologie - Virologie - Immunologie - Parasitologie - Mycologie - Toxicologie

Dossier ouvert le : 22/10/20

Monsieur FALEL MOHAMED

Prélèvement effectué à 09:52

Docteur DRISS JAMIL

Edition du : 22/10/20

Réf. : 20J1338

Compte Rendu d'Analyses

HEMATOLOGIE

NUMERATION FORMULE SANGUINE

(SYSMEX XS-1000i)

Normales
(Homme Adulte)

GLOBULES ROUGES

Hématies -----:	5,32	M/mm ³	4,5 - 5,55
Hémoglobine -----:	15,2	g/100 ml	14 - 17
Hématocrite -----:	46	%	40 - 50
- V.G.M. -----:	86	μ ³	80 - 95
- T.C.M.H. -----:	29	pg	28 - 32
- C.C.M.H. -----:	33	g/100 ml	30 - 35

GLOBULES BLANCS

Numération des leucocytes -----:	5 580	/mm ³	4000 - 10000
Formule leucocytaire			
Polynucléaires Neutrophiles -----:	47,5	* %	50 - 70
Soit :	2 651	/mm ³	2000 - 7500
Polynucléaires Eosinophiles -----:	1,4	%	1 - 3
Soit :	78	/mm ³	40 - 300
Polynucléaires Basophiles -----:	0,2	%	< 1
Soit :	11	/mm ³	< 100
Lymphocytes -----:	43,2	* %	20 - 40
Soit :	2 411	/mm ³	1500 - 4000
Monocytes -----:	7,7	%	1 - 14
Soit :	430	/mm ³	40 - 1000

PLAQUETTES

Résultat -----:	152 000	/mm ³	150000 - 400000
-----------------	---------	------------------	-----------------



Dr Yahya BENGHALEM

Pharmacien Biologiste
Lauréat de la faculté de Pharmacie de
Montpellier

Dr Abderrahmane BOUMZEBRA

Pharmacien Biologiste
Diplômé des facultés de Médecine et de Pharmacie de
Toulouse et Montpellier

Biochimie - Hématologie - Hormonologie - Bactériologie - Virologie - Immunologie - Parasitologie - Mycologie - Toxicologie

Dossier ouvert le : 22/10/20

- Prélèvement effectué à 09:52

Edition du : 22/10/20

Monsieur FALEL MOHAMED

Docteur DRISS JAMIL

Réf. : 20J1338

Compte Rendu d'Analyses

HEMOSTASE

Normales

TAUX DE PROTHROMBINE ----- : 90 % 70-100
(STA SATELLITE STAGO)

Temps de Céphaline + Activateur

Temps du témoin ----- 32 sec

Temps du patient ----- 32 sec

Variation pathologique : Temps du patient > de 8 sec au temps du témoin.

Surveillance de traitements anticoagulants :

- Par l'héparine : surveillance par le TCA avec un rapport de 1,5 a 4 pour le TCA malade / TCA témoin.

LABORATOIRE ANALYSES
MEDICALES MANDARONA
679, boulevard Al Qods 20460 - Casablanca
Tél.: 0522 52 83 88 - Fax: 0522 87 22 82