

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.



Déclaration de Maladie

N° M21- 067699

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5340 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : M. MOUAD BOUSHAIB
 Date de naissance : 1953
 Adresse : 190224
 Tél. 0663517268 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03/01/2024
 Nom et prénom du malade : M. MOUAD BOUSHAIB Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection Longue Durée
 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) :

Autorisation GNDP N° : A-A-215 / 2019

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.

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

[illegible][illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

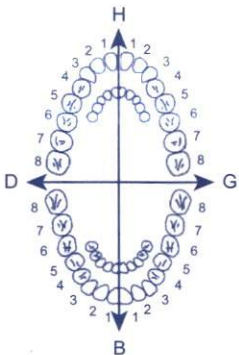
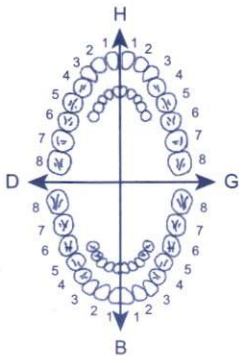
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	03/01/24					300,00

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

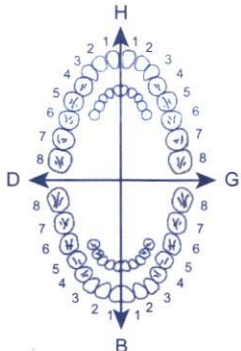
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX												
				MONTANTS DES SOINS												
				DEBUT D'EXECUTION												
				FIN D'EXECUTION												
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	B															
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS												
				DATE DU DEVIS												
				DATE DE L'EXECUTION												

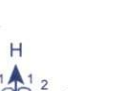
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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		
					CCEFFICIENT DES TRAVAUX	
					MONTANTS DES SOINS	
					DEBUT D'EXECUTION	
					FIN D'EXECUTION	

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H 25533412 00000000 D 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B 00000000 11433553 B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	MONTANTS DES SOINS
		DATE DU DEVIS
		DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



UNITED MED Sarl
laboratoire médical

UNITED MED SARL
66 rue Annousour casablanca
Anfa 20140
tel 0522-279303

FACTURE

DATE: 03/01/2024

Facture 0007/24

BOUCHAIB MOUARID

Description	P,UNITE	QT	TVA	TOTAL
Cassette d'analyse biochimic pour gazométrie	300,00	1		300,00

**Arrétée la présente facture à la somme:
trois Cent Dirhams**

RC 283273 T.P 37931275 CNSS 9413006
ICE 000216517000037 IF 14438918

TOTAL T.T.C 300,00dh

UNITED MED
66 Rue Annousour
Anfa 20140
tel 0522-279303

Docteur AMRANI HENCHI SAIDA

Pneuma- phtisiologue

Maladies Respiratoires et Allergiques

Asthme, Rhinite, Tuberculose

Adultes et Enfants

Ex Médecin au CHU Ibn Rochd

Et Hôpital Moulay Youssef



الدكتورة عمراني حنّى سعيدة

اختصاصية

في أمراض الجهاز التنفسي

الضيق، داء السل

كبار وأطفال

طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي ابن رشد

ومستشفى مولاي يوسف

Casablanca, le 03.01.24 في الدار البيضاء

Dr. Amrani Henchi Saida

gazmechi

Dr. AMRANI HENCHI SAIDA
Pneumo-phthisiologue; Allergologue
Résidence Firdaous, GH25A
RDC - CASABLANCA
Tél: 05 22 89 02 02

Résultats: Gaz2+

pH	7,389		
pCO2	38,5	mmHg	
pO2	62,7	mmHg	Basse
cHCO3-	23,3	mmol/L	
BE(ecf)	-1,7	mmol/L	
cSO2	91,5	%	Basse

Résultats: Chimies+

Na+	132	mmol/L	Basse
K+	4,3	mmol/L	
Ca++	0,87	mmol/L	Basse
Cl-	98	mmol/L	
cTCO2	24,5	mmol/L	
AGap	11	mmol/L	
AGapK	15	mmol/L	
Hct	48	%	
cHgb	16,2	g/dL	
BE(b)	-1,4	mmol/L	

Résultats: Méta+

Glu	203	mg/dL	Élevée
Lac	1,67	mmol/L	Élevée
BUN	22	mg/dL	
Urea	0,46	g/L	
Crea	0,90	mg/dL	
BUN/Crea	24,1	mg/mg	Élevée
Urea/Crea	97,2	mmol/mmol	Élevée

Plages de référence

pO2	83,0 - 108,0	mmHg
cSO2	94,0 - 98,0	%
Na+	138 - 146	mmol/L
Ca++	1,15 - 1,33	mmol/L
Glu	74 - 100	mg/dL
Lac	0,36 - 0,75	mmol/L
BUN/Crea	12,0 - 20,0	mg/mg
Urea/Crea	40,0 - 80,0	mmol/mmol

Type d'échantillon: Artériel

Hémodilution: Non

Âge: 70 ans

Taille: Non saisi

Sexe: Homme

Commentaires:

Opérateur: 0000

Lot de cartes: 04-23290-50

Dernier CQE: 03/01/24 15:26:56

Reader: 21683 (2.2.12.1)

Host: 17335521401518 (3.39.2)

Config. capteurs: 43.0

Version eVAD: N/D

Biochimie Respiratoire
Test sanguin epoc BGEM

ID du patient: bouchaib mouarid
Date et heure: 03/01/24 15:30:15

Résultats: Gaz+

pH	7,389		
pCO2	38,5	mmHg	
pO2	62,7	mmHg	Basse
cHCO3-	23,3	mmol/L	
BE(ecf)	-1,7	mmol/L	
cSO2	91,5	%	Basse

Résultats: Chimies+

Na+	132	mmol/L	Basse
K+	4,3	mmol/L	
Ca++	0,87	mmol/L	Basse
Cl-	98	mmol/L	
cTCO2	24,5	mmol/L	
AGap	11	mmol/L	
AGapK	15	mmol/L	
Hct	48	%	
cHgb	16,2	g/dL	
BE(b)	-1,4	mmol/L	

Résultats: Méta+

Glu	203	mg/dL	Élevée
Lac	1,67	mmol/L	Élevée
BUN	22	mg/dL	
Urea	0,46	g/L	
Crea	0,90	mg/dL	
BUN/Crea	24,1	mg/mg	Élevée
Urea/Crea	97,2	mmol/mmol	Élevée