

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.

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° W21-810961

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

10/2013
Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : MUPRAS

Société : Royal AIR MAROC

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : NHAZLA KHALID

Date de naissance : 03/12/1974

Adresse : CASABLANCA

Tél. : 0667637598

Total des frais engagés : 215 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : / Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint 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'exhaustivité des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca, le 05/10/2013
Signature de l'adhérent(e) :

Le : 05/10/2013

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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"/>
.....	
.....	
.....	

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>Laboratoire de Radiologie Sainte-Orpheline Dr H. Gagnon - Dr J. L. Tremblay Téléphone : 514-383-2371 Télécopieur : 514-383-2372 Fax : 514-383-2376</i>	2011-03-24	BS 150	21500

ICE: 00156697700001

Cache et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				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"/>
	$\begin{array}{c c} H & \begin{array}{l} 25533412 \\ 00000000 \\ 00000000 \\ 35533411 \end{array} \\ \hline D & \begin{array}{l} 21433552 \\ 00000000 \\ 00000000 \\ 11433553 \end{array} \\ B & \hline G \end{array}$	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>		
				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

BILAN BIOLOGIQUE

Nom : NHAÏLA Khaled

INFLAMMATION

- CRP
- VS 1^{ère} heure et 2^{ème} heure

IONOGRAMME

- Potassium, Sodium, Chlore
- Réserve alcaline
- Protides totaux

BILAN LIPIDIQUE

- Triglycérides
- Cholestérol total
- Cholestérol HDL
- Cholestérol LDL

BILAN HEPATIQUE

- SGOT (ASAT), SGPT (ALAT)
- Gamma GT
- Phosphatases alcalines

BILAN URINAIRE

- Protéinurie des 24 heures
- ECBU
- Ionogramme urinaire

BILAN GLYCEMIQUE

- Glycémie à jeun
- Glycémie post prandiale
- HbA_{1c}

DIVERS

- Myoglobine
- Troponine
- Electrophorèse des protéines

HEMOGRAMME =

(NUMERATION- FORMULE -SANGUINE)

- Globules rouges - Hémoglobine
Hématocrite - Globules blancs...
- Plaquettes

BILAN DE LA FONCTION THYROÏDIENNE

- T3,T4,TSH

BILAN DE LA COAGULATION

- Taux de prothrombine
- INR
- TCA malade/TCA témoin
- Fibrinogène

BILAN DE LA FONCTION RENALE

- Crétatinine
- Urine plasmatique

EXPLORATION DE LA PROSTATE

ENZYMES MUSCULAIRES

- LDH
- CPK
- CPK-mb

5-3-2024

LABORATOIRE SIDI OTHMANE
31 Av Abi Hourraia Sidi Othmane
Tél: 0522 576 450 . Fax: 0522 21 19 21
GSM: +06 60 21 21 21

Dr ABDERRAHMANE EL AIDI
Médecine Générale, Echographie
494.Bd Mokhtar Lahrizi Dab Khalid
C.D Casablanca Tel: 0522 56 72 72



SIDI OTHMAN

مختبر التحاليل الطبية

**ANALYSES MEDICALES
ET SCIENTIFIQUES**

Dr. Abderrahim KOUNDA

Pharmacien Biologiste

31,Avenue Abi Houraira - Sidi Othman - Casablanca 04 - Tél.:05.22.576450/06.60.11.27.32 - Fax: 05.22.371190

RC.: 171492 - CNSS 1284041 - Patente 37200352

FACTURE

Casablanca le: 07/03/2024

Nom et Prénom: NHAILA KHALID

Référence: 4CGL26349



02E5903



A payé au laboratoire la somme de : 215.00 DH **B** 150

Pour des analyses cotées à :

CBU=B150

RETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

DEUX CENT QUINZE Dhs 00 Cts

Dont Prélevement inclus

N° DE PATENTE : 37200351

Et sur demande du docteur : **EL AIDI AMINI**

Laboratoire Sidi Othmane
31, Av. Abi Houraira, Sidi Othmane
Casablanca
Tél.: 0522.57.64.50; Fax: 05.22.371190
GSM: 0660.112.732



SIDI OTHMAN

مختبر التحاليل الطبية

**ANALYSES MEDICALES
ET SCIENTIFIQUES**

Dr. Abderrahim KOUNDA

Pharmacien Biologiste

31,Avenue Abi Houraira - Sidi Othman - Casablanca 04 - Tél.:05.22.576450/06.60.11.27.32 - Fax: 05.22.371190

RC.: 171492 - CNSS 1284041 - Patente 37200352

Casablanca le: 07/03/2024

Mr. NHAILA KHALID

ORGANISME:

*Référence:*4CGL26349

Dossier No: 02E5903

Médecin: Dr. EL AIDI AMINI

EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES

- Aspect..... : TROUBLE
- Couleur..... : JAUNE
- Culot..... : IMPORTANT

CHIMIE :

- pH..... : 6.5
- Albumine..... : 0
- Glucose..... : 0
- Sang..... : 0

CYTROLOGIE :

- Leucocytes..... : < 10.000 /ml
- Hématies..... : < 5.000 /ml
- Cellules épithéliales. : < 10.000 /ml
- Cylindres..... : 0
- Cristaux..... : 0
- Trichomonas : 0
- Levures..... : 0
- Spermatozoïdes..... : 0
- Oeufs de parasites.... : 0

RECHERCHE DE GERMES ET LEVURES :

- Examen direct.....: NEGATIF
- Numération de germes...: < 100.000
- Culture.....: NEGATIVE

A KOUNDA