

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.

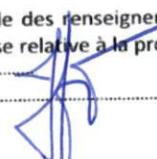
Adresses Mails utiles

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)		22388	
Matricule : 3482		Société : RAM	
<input type="checkbox"/> Actif		<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	
Nom & Prénom : ADEL Abdilhamid		Autre : 18/01/52	
Date de naissance : 23 Rue Ibnou Habil Casablanca			
Adresse : 0661 311542		Total des frais engagés : 100,00 Dhs	
Tél. :			

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : 14/01/2020	
Nom et prénom du malade : Bashtawea	
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" 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 : **Bashtawea** **Le :** **26/02/2020**
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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	29/2/2025	B80 = 100,00	OK

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet 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"/>														
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>H</td><td></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>B</td><td>I</td></tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	I	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B	I																	
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

Dr. Saadia ZAFAD

Professeur Agrégée
Hématologie Clinique
Adultes - Enfants
Oncologie Pédiatrique
Greffé de Moelle

الدكتورة السعدية زفاص

أستاذة مبرزة

أمراض الدم
البالغين والأطفال
سرطان الطفل
زراعة النخاع

Casablanca, Le : 19.02.2020

Nom / Prénom : EL HAOU Rabiya

Age :

Renseignements cliniques :

- NFS + plaquettes
- Réticulocytes
- Urée
- Créatinine
- ASAT / ALAT
- GGT
- Phosphatases Alcalines
- Bilirubine
- VS
- CRP
- Ferritine
- Glycémie à jeun
- Fibrinogène
- TP
- TCK
- D-Dimères
- Autres

- Myélogramme
- Natrémie
- Kaliémie
- Calcémie
- Acide urique
- Sérologie HBS
- Sérologie HCV
- Sérologie HIV
- LDH
- B2microglobuline
- Electrophorése des protides
- Protéinurie des 24h
- Electrophorése de l'hémoglobine

Dr. Saadia ZAFAD
Professeur Agrégée
Hématologie - Oncologie
CLINIQUE AL MADINA
Tél: 05 22 77 77 11



**مختبر الصقلی للتحليلات الطبية
Laboratoire SQALLI d'Analyses Médicales**

Laboratoire certifié ISO 9001 V 2015

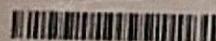


7j / 7

Prélèvements à domicile
sur rendez-vous

Date du prélèvement : 19-02-2020 à 09:36
Code patient : 1805100023
Né(e) le : 01-01-1955 (65 ans)

Mme EL HAOU EP ADEL Rabia
Dossier N° : 2002190022
Prescripteur : PR Saadia ZAFAD



HEMATOLOGIE

HEMOGRAMME (SYSMEX XS-1000i)

Les valeurs de référence sont automatiquement éditées en fonction de l'âge, du sexe, état physiologique du patient(e)

Hématies :	3.38	M/mm3	(3.90-5.40)	17-02-2020
Hématocrite :	26.10	%	(35.50-45.50)	3.36
Hémoglobine :	8.50	g/dL	(12.00-15.60)	26.00
VGM :	77	fL	(80-101)	8.40
TCMH :	25	pg	(27-34)	77
CCMH :	33	g/dL	(28-36)	25
Leucocytes :	6 990	/mm3	(3 600-10 500)	32
Polynucléaires Neutrophiles :	61	%		1 240
Soit:	4 264	/mm3	(2 000-7 500)	21
Lymphocytes :	19	%		260
Soit:	1 328	/mm3	(1 000-4 000)	49
Monocytes :	17	%		608
Soit:	1 188	/mm3	(<1 100)	21
Polynucléaires Eosinophiles :	2	%		260
Soit:	140	/mm3	(0-600)	7
Polynucléaires Basophiles :	1	%		87
Soit:	70	/mm3	(0-150)	2
Plaquettes :	344 000	/mm3	(150 000-450 000)	25
				335 000

Validé par : Dr. BENMLOUD Loubna
Laboratoire SQALLI d'Analyses Médicales

Dr. BENMLOUD Loubna
Laboratoire SQALLI d'Analyses Médicales

240, Bd Brahim Roudani (ex Route d'El Jadida) Maarif Extension, Casablanca (المغرب الجديدة)
Tél : 0522 25 78 25 / 0522 25 39 61 • Fax : 0522 98 84 94 • Urgentes : 0668 181 182 • E-mail : sqallid@sqalli.com • info@sqalli.com
IF : 18801592 • TP : 35805014 • ICE : 001728083000020 • CNSS : 4981008 • CODE INPE : 093000214

Page 1 / 1



مختبر الصقلی للتحاليلات الطبية
Laboratoire SQALLI d'Analyses Médicales
Laboratoire certifié ISO 9001 V.2008



7jours/7

Prélèvements à domicile
sur rendez-vous

Dr. BENMLOUD Loubna. Médecin biologiste.
Faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca
Diplôme universitaire de qualité en sciences de la santé
Diplôme d'hygiène hospitalière et prévention des infections nosocomiales

FACTURE N° : 200200416

Casablanca le 19-02-2020

Mme Rabia EL HAOU EP ADEL

Demande N° 2002190022

Date de l'examen : 19-02-2020

Analyses :

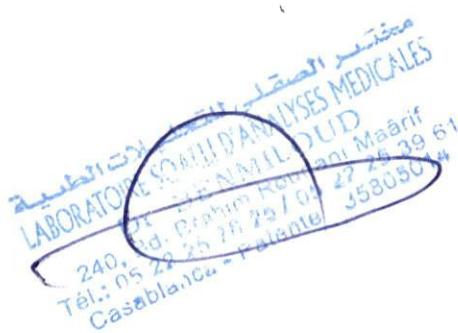
Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Prélèvement sanguin	E25	E
0216	Numération formule	B80	B

Total des B : 80

TOTAL DOSSIER : 100DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : cent dirham s



Code INPE : 093000214
AWB - Agence Rue Nassih Eddine
RIB : 007 780 0003555000000328 25



093000214

240, Bd Brahim Roumani (ex Route d'El Jadida) Maârif Extension, Casablanca. شارع ابراهيم الرومني (طريق الجديدة)

Tel : 0522 25 78 25 / 0522 25 39 61 • Fax : 0522 98 84 94 • Urgences : 0668 181 182 • E-mail : sqa43@menara.ma

IF : 18801592 • TP : 35805014 • ICE : 001728083000020 • CNSS : 4981008