

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

iologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

caire :

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.

adie 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

N° P19-0034162

NR. 24253

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03.148

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BOUANAIM Abdellah

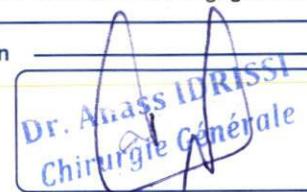
Date de naissance : 01/01/1954

Adresse : 4 Rue TURGOT Riom CASA

Tél. : 066 485 9997 Total des frais engagés : 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 : Hernie inguinale chirurgie générale

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) :



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
21/02/82	CS		Dr. A. B. C. Généraliste 100000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture




ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Pochet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 Hôpital Universitaire Ibn Rochd Service Radiologie	22/02/2020	B 920 + PC	1257,80 Dh
	01/10/2020	Echographie Vésico-prostataque	500,00 DH

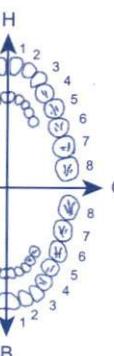
AUXILIAIRES MEDICAUX

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																
				MONTANTS DES SOINS																
				DEBUT D'EXECUTION																
				FIN D'EXECUTION																
	O.D.F ROTHESSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX															
		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">B</td> <td style="text-align: center; border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B		G	00000000		00000000	35533411		11433553	MONTANTS DES SOINS
		H	25533412	21433552																
		D	00000000	00000000																
		B		G																
		00000000		00000000																
35533411		11433553																		
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS																	
			DATE DE L'EXECUTION																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																				

وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

21-02-2008

M^F Bouyahia

Abdelhak :

Age: 65y.

ATD, Thyroïde nodule
hémie gauche

C₁ Echo veïc parathyroïde
avec écho de RPP

Dr. Anass IDRISI
Chirurgie Générale

E-mail : www.hck.ma
Tél : (+212) 0529 00 44 66
Service Radiologie
Hôpital Cheikh Khalifa Ben Zayed

وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

21-02-2005

M. El Bouanaim Abdelkader

- 1/ NFS et ffp
2/ Glycémie à jeun, Hb et leuc
3/ urée, creat
4/ AST, ALT
5/ PCT
6/ TSH et (thyroïde)
.



Dr. Anass IDRISI
Chirurgie Générale

وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

M. = Bou Naim Abdellah.

- Age: 1954
- ATMs: Thyroïdome fibul
sus ventrux

primitif Histo

CDR par une déhérénie iugul
th. Aos cœurs (TEP)

Dr. Anass IDRISI
Chirurgie Générale

Date : 21/02/2023

Quittance - Paiement espèces

0462546

IPP :

N° D'admission : **Montant :** 5000
Patient : ABS D. H. L. P. S.





Laboratoire de biologie médicale

مختبر التحاليلات الطبية

Dr Zizi

دكتور الزيزي

Médecin Biologiste

طبيب

Ancien interne des hôpitaux de Paris

إختصاصي في
التحاليلات الطبية

Casablanca le 22-02-2020

Mr BOUNAIM Abdelilah

FACTURE N° B20020480

Récapitulatif des analyses

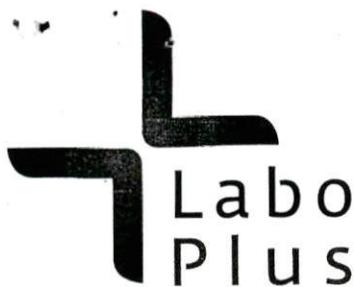
CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Traitemet échantillon sanguin	E25	E
0111	Créatinine	B30	B
0118	Glycémie	B30	B
0119	Hémoglobine glycosylée	B100	B
0135	Urée	B30	B
0146	Transaminases O (TGO)	B50	B
0147	Transaminases P (TGP)	B50	B
0163	TSH	B250	B
0216	Numération formule	B80	B
0361	PSA	B300	B

Total des B : 920

TOTAL DOSSIER : 1257.80 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :
mille deux cent cinquante-sept dirhams quatre-vingts centimes





Laboratoire de biologie médicale

مختبر التحاليل الطبية

Mr BOUNAIM Abdellah

Prescripteur : Dr IDRISI ANASS

Casablanca le : 24-02-2020

Du : 22-02-2020

Référence : B20020480

Dr Zizi

Médecin Biologiste

Ancien interne des hôpitaux de Paris

Normes

Antériorités

HEMATOLOGIE

HEMOGRAMME

Numération Globulaire

Hématies	5.0	M/mm ³	(4.2-5.7)
Hémoglobine	14.4	g/dL	(14.0-17.0)
Hématocrite	43	%	(40-52)
VGM	86	μ ³	(80-95)
TCMH	29	pg	(28-32)
CCMH	33	g/100mL	(30-35)

Formule leucocytaire

Leucocytes	7 110	/mm ³	(4 000-10 000)
Neutrophiles	60	% soit	4 266 /mm ³
Eosinophiles	4	% soit	284 /mm ³
Basophiles	1	% soit	71 /mm ³
Lymphocytes	27	% soit	1 920 /mm ³
Monocytes	8	% soit	569 /mm ³

Numération plaquetttaire

Plaquettes	204 000	/mm ³	(150 000-400 000)
Volume Plaquettaire Moyen	8.8	fl	(6.0-11.0)

BIOCHIMIE SANGUINE

Glycémie à jeun	0.97	g/L	(0.70-1.10)
	5.38	mmol/L	(3.89-6.11)



Mr BOUNAIM Abdelilah

Prescripteur : Dr IDRISI ANASS

Casablanca le : 24-02-2020 Du : 22-02-2020

Référence : B20020480

Normes

Antériorités

Hémoglobine glyquée (HbA1c)
(Technique HPLC)

En cours 57,3%

Commentaire

En cours

Transaminase GOT (ASAT)

15 UI/L (10-45)

Transaminase GPT (ALAT)

10 UI/L (10-40)

Urée

0.20 g/L (0.20-0.50)
3.33 mmol/L (3.33-8.34)

Créatinine

9.30 mg/L (6.30-12.00)
82.2 µmol/L (55.7-106.1)

BILAN ENDOCRINIEN

Thyréostimuline (TSH)
(Cobas e411: Electrochimiluminescence)

0.03 µUI/mL (0.27-4.20)

MARQUEURS SERIQUES

PSA total
(Cobas e411: Electrochimiluminescence)

2.410 ng/mL (<4.000)

Ce dossier a été imprimé en partiel



PATIENT : **BOUNAIM Abdelilah**

MEDECIN TRAITANT :

EXAMEN(S) REALISE(S) : **Echographie urinaire**

RESULTATS :

- Reins de taille normale, de contours réguliers avec une bonne différenciation cortico-sinusale sans image de lithiase rénale ni de dilatation des cavités pyélocalicielles.
- Taille prostatique estimée à 46g
- Vessie de bonne capacité, sans anomalie pariétale ni endoluminale.
- Résidu vésical post-mictionnel évalué à 63cc

En vous remerciant de votre confiance

Signé : **Pr AZIZ**

Pr. AZIZ Noureddine
Radiologue
HCK Casablanca
INP: 101110468

FACTURE

N° 25 082 / 2020 du 21/02/2020

Nom patient : BOUNAIM ABDELILAH

Entrée 21/02/2020

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 21/02/2020

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
- Echographie vésico-prostatische et rén	1,00		500,00 Sous-Total	500,00 500,00
Total Frais Clinique				500,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	500,00
CINQ CENTS DIRHAMS		

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	500,00				500,00	0,00

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Service Radiologie
Tel: 05 29 03 53 45 Fax: 05 22 89 28 54 N° INP 090061862, N°ICE 001740003000026