

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 soin 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.

N° W19-479909

N°D: 34629

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

12509

Société : RAN

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BENZAKI

ALAE

Date de naissance :

05/03/86

Adresse :

lot pessina 2 Res Pote 3 App 2 C.P. 20120 Casab.

Tél. :

0673 572938

Total des frais engagés :

1204,20

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 15/05/2020

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
19/03/2013		16		INSTITUT DE LA MUSIQUE Pédiatre

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

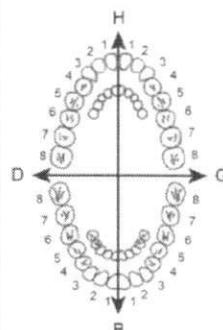
Cachet et signature du Laboratoire et/ou Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LA 30 SOUPE	10/03/2013	6860	1204200

AUXILIAIRES MEDICAUX

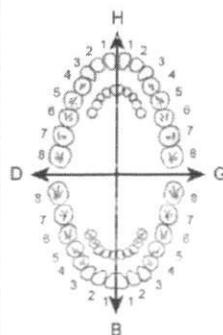
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		
G		

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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



Cabinet Dr. Amal DAMIR

عيادة الدكتورة أمال دمير

Pédiatre

Spécialiste des maladies des Enfants

Nourrissons, Nouveaux-nés

Allergologue

Asthme et Allergie des Enfants

اختصاصية في أمراض

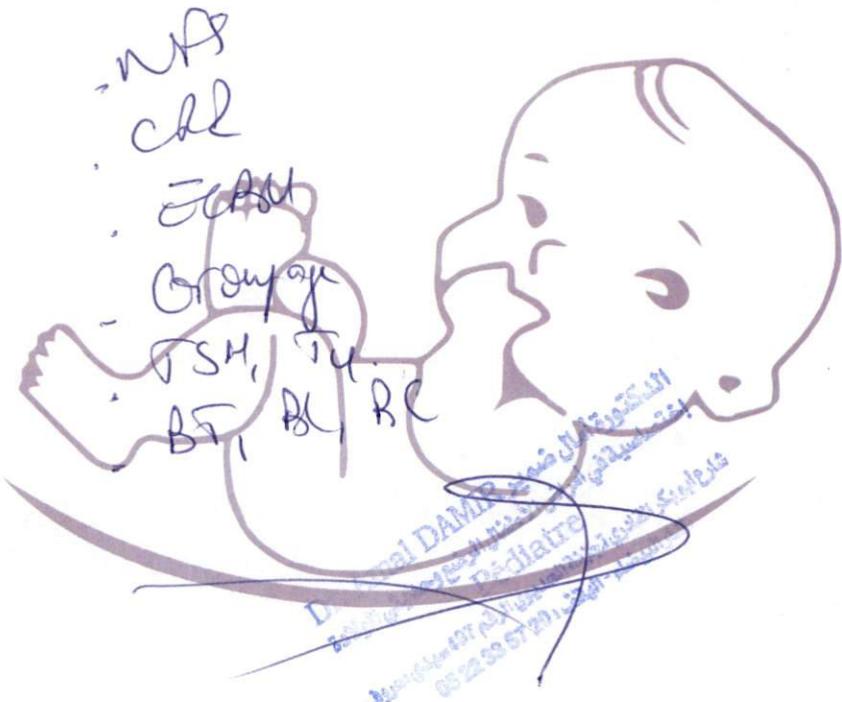
الرضع والأطفال

اختصاصية في حساسية الأطفال

وأمراض الربو الضيقية

Casablanca, le : 13/5/2020 الدار البيضاء، في :

BENZAKI Nour



الرجاء احترام وصفة طبيبك

Bd. Abou Bakr el kadiri, Lotissement Haddiou N° 497, Sidi Maârouf - Casablanca

شارع أبو بكر القادري تجزئة الحديدي الرقم 497 - سيدى معروف - الدار البيضاء

Tél : 05 22 33 57 20 - Gsm : 06 61 09 74 40 - الهاتف: 05 22 33 57 20 - E-mail : damiramal25@hotmail.com البريد الإلكتروني:

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES SOCRATE

Résidence Masurel ,Angle Rue Socrate et Bd Yacoub EL Mansour IMM C N°4 –
CASABLANCA

Tél : 0522 23 36 03. Fax : 0522 25 85 08 - PATENTE : 35804986- CNSS : 6478417
BP 19078021211 507790200 18 18. AGENCE YACOUB EL MANSOUR CASABLANCA
IF 44409091 ICE 000114556000027 INP 0093001964

Dr. Abdellatif LOUDGHIRI

Pharmacien Biogiste

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Bactériologie–Biochimie–Hématologie

Mycologie - Parasitologie – Virologie

FACTURE N° : 200002439

CASABLANCA le 13–05–2020

BB Nour BENZAKI

Demande N° 200510A006

Numéro de l'adhérent :

Numéro de prise en charge :

Date de l'examen : 10–05–2020

Analyses :

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
PS	Prélèvement sang	E25	E
	Groupe Sanguin	B60	B
	TSH	B250	B
	Examen cytobactériologique des urines	B120	B
0103	Bilirubine (Totale Directe et Indirecte)	B70	B
0161	T4 libre	B200	B
0216	Numération formule	B80	B
0370	CRP	B100	B

Total des B : 880

TOTAL DOSSIER : 1204.20DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : mille deux cent quatre dirhams vingt centimes



Code Patient : 200510A006
Date de l'examen : 10-05-2020

Saisie le 10-05-2020 17:44

BB Nour BENZAKI
Réf : 200510A006
Prescription : Amal DAMIR

HEMATOLOGIE

HEMOGRAMME (Automate Sysmex XN-550)

NUMERATION

Leucocytes :	19 770	/mm3	(8 100-20 400)
Hématies :	4.12	$10^6/\text{mm}^3$	(4.12-4.92)
Hémoglobine :	13.50	g/100mL	(13.90-17.30)
Hématocrite :	38.3	%	
VGM :	93	μ3	
TCMH :	32.8	pg	(32.7-36.5)
CCMH :	35.2	%	(29.0-35.5)

FORMULE LEUCOCYTAIRE

Polynucléaires Neutrophiles :	36.6	%	
Soit:	7 236	mm^3	(1 500-5 700)
Polynucléaires Eosinophiles :	2.2	%	
Soit:	434.9	mm^3	(100.0-700.0)
Polynucléaires Basophiles :	0.5	%	
Soit:	98.9	mm^3	(0.0-250.0)
Lymphocytes :	45.8	%	
Soit:	9 054.7	mm^3	(2 200.0-13 600.0)
Monocytes :	14.9	%	
Soit:	2 945.7	mm^3	
Plaquettes :	551 000	mm^3	(230 000-520 000)



200510A006 – BB Nour BENZAKI
Date de l'examen : 10-05-2020

IMMUNO-HEMATOLOGIE

GROUPE SANGUIN ABO ET RHESUS

Deux déterminations, chacune réalisée en double, sont nécessaires à la délivrance d'une carte de groupe sanguin définitive.

Groupe sanguin ABO O
Rhésus (D) Négatif

BIOCHIMIE SANGUINE

Bilirubine totale	84.9	mg/L	(0.0–10.0)
	145.2	μmol/L	(0.0–17.1)
Bilirubine conjuguée (directe) (Diazoréaction)	4.9	mg/L	(0.0–3.0)
	8.4	μmol/L	(0.0–5.1)
Bilirubine libre (indirecte) (calculée)	80.0	mg/L	(0.0–11.0)
	136.8	μmol/L	(0.0–18.8)
 Protéine C-réactive (CRP)	 0.4	mg/L	 (<5.0)

BILAN ENDOCRINIEN

TSH (Dosage CMIA)	5.32	mUI/L	(0.25–5.00)
T4L – Thyroxine libre (Dosage CMIA)	22.3	pmol/L	(9.0–22.0)

Dossier validé biologiquement par : Docteur Abdellatif LOUDGHIRI

Danilo R.
DANIEL ROLANDO RODRIGUEZ

مختبر التحليلات الطبية سocrates
laboratoire de biologie médicale Socrate

200510A006 – BB Nour BENZAKI
Date de l'examen : 10-05-2020

BACTERIOLOGIE

EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES (CBU)

ASPECT:	clair
Albumine:	Négative
Sucre:	Négative
Acétone:	Négative
pH:	6 (7-8)
Cellules épithéliales :	Absence

EXAMEN CYTOLOGIQUE

Leucocytes :	<10 000 /ml	(0-10 000)
Hématies :	<1 000 / ml	(0-1 000)
Cylindres :	Absence	
cristaux:	Absence	
TRICHOMONAS	Absence	
Levure	Absence	
Examen direct :	NEGATIF	

EXAMEN BACTERIOLOGIQUE

Cultures sur milieu selectifs : Cultures stériles

