

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.

Éducation :

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.

Traitements :

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

clamation	: contact@mupras.com
se en charge	: pec@mupras.com
ésion et changement de statut	: adhesion@mupras.com

La mutuelle garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

68 70

Société :

35799

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

GRUCHA Redwane

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

300.00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur Fahd El Abd
Médecin Anesthésiste
Réanimateur

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'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) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRÉS

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
22.07.2016	C	100% 1 Clinique BN 10 HRS 1 TE Anal. Perichid	0.00 T	<i>Médecin Anesthésiste Réanimateur</i>

EXÉCUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>LABORATOIRE RADILOGIE LE 23/10/2020</i>	23/10/2020		300,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT

مصحة ابن زهر Berrechid le : 22/07/2020

ORDONNANCES

Gricha Redwane

مصحة ابن زهر
Clinique IBN ZOHR
46. Lot El Amal - Berrechid

faire SVP :

Tropine US -

Docteur Fahd El Abdi
Médecin Anesthésiste
Réanimateur

LABORATOIRE
SEKKAT
Le Reception

مصحة ابن زهر
Clinique IBN ZOHR
46. Lot El Amal - Berrechid



LABORATOIRE SEKKAT D'ANALYSES MEDICALES

مختبر سقاط للتحاليل الطبية

لaboratoire SEKKAT D'ANALYSES MEDICALES

Dr. Mohamed SEKKAT
Médecin Biologiste

Biochimie – Hématologie – Virologie – Bactériologie – Parasitologie – Mycologie –
Immunologie – Hormonologie – Toxicologie – Biologie de la reproduction

Pvt du: 23/07/2020

Mr GRUCHA Redouane

Edition du : 23/07/2020

Dossier N° : 10A07981001



Prélèvement non effectué au laboratoire

Page : 1/1

MARQUEURS

Valeurs Usuelles

Antériorité

TROPONINE I (High sensitive) : 738,20 ng/l
(Technique : ELFA _VIDAS)

Interprétation :

Taux : < 14 ng/l Zone d'exclusion

Taux : 14 à 50 ng/l Zone d'observation

Un nouveau dosage à H+3h est nécessaire (une élévation > 30% VPP IDM à 100%)

taux : > 50 ng/l Zone d'inclusion.

Zone à haut risque nécessitant une prise en charge immédiate.

Sérum hémolytique ++

Résultat sous réserve.

LABORATOIRE SEKKAT
D'Analyses Médicales
Dr. SEKKAT Med
Lot El Youssef II, Béchar
Berrechid

Laboratoire Sekkat d'analyses médicales

Docteur Mohamed Sekkat
Médecin Biogiste en analyses médicales

Adresse : N°12 Lot. El Youssef II, intersection rue Mohamed V et rue
Moqawama, à coté de BMCE bank, Berrechid
Tél. : 05 22 51 77 81 / Email : laboratoiresekkat@gmail.com
Urgences : 06 25 63 42 71

Biochimie - Hématologie - Virologie - Bactériologie - Parasitologie - Mycologie -
Immunologie - Hormonologie - Toxicologie - Biologie de la reproduction

Facture

N° facture : 20-5189

Patient : Mr GRUCHA Redouane

Édité le : 23/07/2020

Date prélèvement : 23/07/2020

Analyses	Valeur en B	Montant
TROPONINE I (High sensitive)	300	300,00
Total B	300	300,00
APB	1,0	0,00
Majoration de garde		
Total		300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : Trois cent dirhams***

LABORATOIRE
SEKKAT
Réservation
Le 23/07/2020