

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 canaux, 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 canaux.

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.



Déclaration de Maladie

N° W19-485064

40736

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

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'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le :

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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.

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-485064

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute
réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

[illegible]

12/08/2020 CHILL 300 INP: 1010 UG8

[illegible][illegible]

[illegible]

15/08/20	B420.11	587,85
----------	---------	--------

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

[illegible]

VOLET ADHERENT

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

VOLET ADHERENT

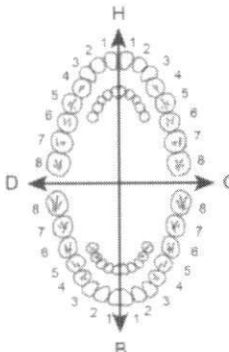
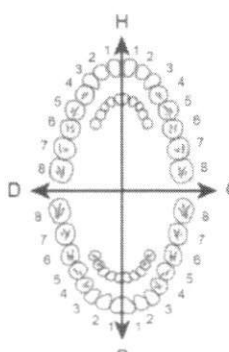
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

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 border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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'EX

RELEVÉ 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

Important :
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [][][][][][][][][][]
------------------------	-------------------	---------------------	-------------	--------------------------------------


	Traitees		Soins	

					Coefficient	
--	--	--	--	--	-------------	--

[illegible]

		MONTANTS
---	--	----------

6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

D			G				
							

6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

				D'EXECUTION

				FIN
				EXECUTION

					D EXECUTION

O.D.F	DETERMINATION DU COEFFICIENT
-------	------------------------------

PROTHESES DENTAIRES	MASTICATOIRE	COEFFICIENT
---------------------	--------------	-------------

25533412 21433552 DES TRAVAUX

	00000000	00000000	
D			G
	00000000	00000000	


 35533411 11433553
 D
MONTANTS

(Création, remont, adjonction)

7
8

DATE DU






















DATE DE _____

	L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

100

Dr. Benchekroun Krimi Mohamed

Spécialiste en Cardiologie

Diplômé de l'Université de Médecine de Bordeaux-France

Diplômé d'Echo-doppler Cardiaque

Diplômé d'Epreuve d'Effort et de Réadaptation Cardiaque

Diplômé de Cardiologie Congénitale et Pédiatrique

INP : 101021681

الدكتور بنشكرون كريمي محمد

اختصاصي في امراض القلب والشرايين

خريج جامعة بوردو بفرنسا

دبلوم تنظيم الصدى (الدوبلر) القلبي

دبلوم اختبار الجهد والتأهيل القلبي

دبلوم طب القلب الخلقى والطب القلبي للأطفال

Rabat, le 12/08/2020

N° BEIKR AR.

Handwritten signature

NFS.

- Tropic
- cholestérol
- Tryptophane

مختبر التبار التحليلات الطبية
LABORATOIRE LEBBAR
D'ANALYSES MEDICALES
15 Rue Moulay Rachid RDC Rabat
Tel : 0537 72 44 55/71-Fax : 0537 73 41 66

Dr. Benchekroun Mohamed
Cardiologue
135, Avenue Allal Ben Abdellah
Appt. N° 2 - Rabat
Tél : 0537 26 19 23 / 0537 0866 97 20 93



مختبر اللبار للتحليلات الطبية

LABORATOIRE LEBBAR D'ANALYSES MEDICALES

Dr. M. LEBBAR

Pharmacien Biologiste

Diplômé de l'Université Montpellier 1
Ancien Assistant des Hôpitaux de France

FACTURE

Mr BEKKARI Jad

Demande N° : 2008150027

Date de l'examen : 15-08-2020

FACTURE N° : 2008150027

Emise le : 15-08-2020

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
PS	Prélèvement sanguin	E25	E
0106	Cholestérol total	B30	B
0134	Triglycérides	B60	B
0149	Troponine	B250	B
0216	Numération formule	B80	B

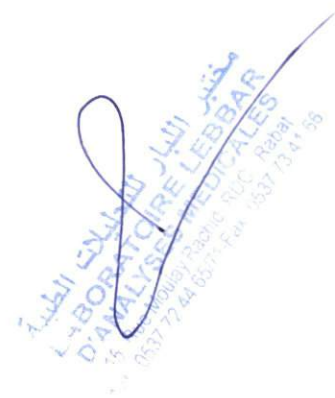
Total des B : 420

Total Prélèvement : 25 dh

Total Dossier : 587.80 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : cinq cent quatre-vingt-sept dirhams quatre-vingts centimes

Mode de règlement : ☐ Espèces ☐ Chèque ☐ CB



C





مختبر اللبار للتحليلات الطبية

LABORATOIRE LEBBAR D'ANALYSES MEDICALES

Dr. M. LEBBAR

Pharmacien Biologiste

Diplômé de l'Université Montpellier 1

Ancien Assistant des Hôpitaux de France

Edition le 15-08-2020

Prescripteur : DR MOHAMED BENCHEKROUN KRIMI
Correspondant :

Dossier enregistré le: 15-08-2020 à 10:54
Compte-rendu complet

Mr BEKKARI Jad

Né(e) le : 26-07-2001 soit 19 ans

Dossier N°: 2008150027



Intervalles de référence

Antériorités

HEMATOLOGIE

NUMERATION FORMULE SANGUINE COMPLETE

Automate SYSMEX XT 2000i

Hématies :	4,99	Millions/mm ³	(4,28-6,00)
Hémoglobine :	14,4	g/dl	(13,0-18,0)
Hématocrite :	42,6	%	(39,0-53,0)
VGM :	85,4	fL	(78,0-98,0)
TCMH :	28,9	pg	(26,0-34,0)
CCMH :	33,8	g/dl	(31,0-36,5)
Leucocytes :	9 180	/mm ³	(4 000-11 000)
Polynucléaires Neutrophiles :	41,6	%	
Soit :	3 819	/mm ³	(1 400-7 700)
Polynucléaires Eosinophiles :	10,7	%	
Soit :	982	/mm ³	(<630)
Polynucléaires Basophiles :	0,2	%	
Soit :	18	/mm ³	(<110)
Lymphocytes :	41,1	%	
Soit :	3 773	/mm ³	(1 000-4 800)
Monocytes :	6,4	%	
Soit :	588	/mm ³	(180-1 000)
Plaquettes :	207	Milliers/mm ³	(150-400)
Volume Plaquettaire Moyen :	11,0	fl	(7,2-12,1)

Commentaire :

-Globules Blancs: Eosinophilie

Référence: Hematocell.fr (CHU Angers); Valeurs normales de l'hémogramme selon l'âge (Juin 2016).

Dr. Mohamed LEBBAR
BIOLOGISTE





مختبر اللبار للتحليلات الطبية

LABORATOIRE LEBBAR D'ANALYSES MEDICALES

Dr. M. LEBBAR

Pharmacien Biologiste

Diplômé de l'Université Montpellier 1

Ancien Assistant des Hôpitaux de France

2008150027 – Mr BEKKARI Jad - né(e) le 26-07-2001

BIOCHIMIE SANGUINE

– Automates : Cobas 6000, Cobas c311, OPTI CCA (Roche Diagnostic), D10 (BIORAD) –

27-12-2018

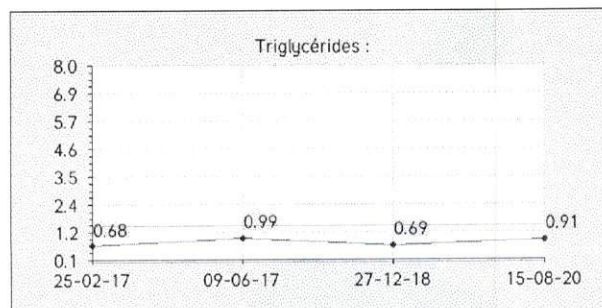
Triglycérides :

(Méthode colorimétrique enzymatique)

0,91 g/L (<1,50)

1,04 mmol/L (<1,71)

0,69



27-12-2018

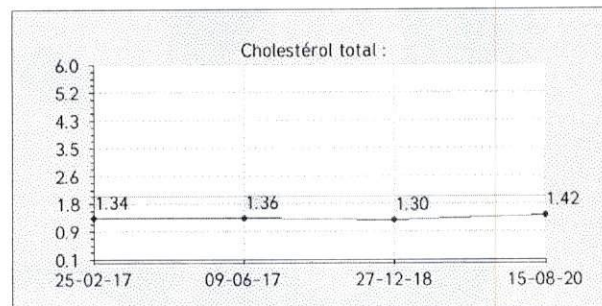
Cholestérol total :

(Méthode colorimétrique enzymatique)

1,42 g/L (<2,00)

3,66 mmol/L (<5,16)

1,30



Dr. Mohamed LEBBAR
BIOLOGISTE





مختبر اللبار للتحليلات الطبية

LABORATOIRE LEBBAR D'ANALYSES MEDICALES

Dr. M. LEBBAR

Pharmacien Biologiste

Diplômé de l'Université Montpellier 1

Ancien Assistant des Hôpitaux de France

2008150027 - Mr BEKKARI Jad - né(e) le 26-07-2001

MARQUEURS CARDIAQUES

Troponine T US :

(Tech ECLIA / Cobas e411 / Roche)

7,6 pg/ml

(<14,0)

Interprétation :

Taux < 14 : Zone d'exclusion

Si la suspicion d'IDM persiste, répéter le test à des intervalles appropriés (6 à 12h après le test initial)

Taux 14 à 50 : Zone d'observation

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

Taux > 50 : Zone d'inclusion

Zone à haut risque nécessitant une prise en charge immédiate

RESULTAT A CONFRONTER AUX DONNEES CLINIQUES ET AUTRES EXPLORATIONS DIAGNOSTIQUES

NB : L'élévation de la troponine est observée dans de nombreuses situations cliniques en l'absence de tout syndrome coronarien aigu (myopéricardites, insuffisance rénale, insuffisance cardiaque, embolie pulmonaire, choc septique, rhabdomyolyse, accidents vasculaires cérébraux et dans d'autres causes où il existe un dommage myocardique non lié à une occlusion coronarienne)

Dr. Mohamed LEBBAR
BIOLOGISTE



Nom : BEKKARI JAD.

Prénom :

Age :

Tracé du : 12/08/2010.

1 - ANALYSES :

- Rythme :

- Auriculogramme :

- P. R. :

- Ventriculogramme :

- Repolarisation :

2 - CONCLUSIONS :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

R. Inuit
Aspect sans décollement ST

TA 12/8

Benchrakroun Mohamed
Cardiologue
135, Avenue Amir Ben Abdellah
App. N° 2 / RDC
Tél: 0537 26 18 23 / Cell: 9668 97 20 93

