

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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, parodontologie 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.

### Adresses Mails utiles

- Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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.

**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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W19-595531

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1062 Société : .....

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : Mohammed HATLA

Date de naissance : 01/01/1910

Adresse : Bc 5 N°116 CD casa

Tél. : 06 69 65 16 83 Total des frais engagés : .....

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : .....

Date de consultation : 17/12/2020

Nom et prénom du malade : SOUKRATI Hatem Age : .....

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Neo du sein + Zona + Diabète

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) : .....





RELEVÉ 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
17/12/2020	G		goutte	INP : 091044610
22/12/2020	G		60 H	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22/12/2020	819,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<b>LABORATOIRE SBATA</b> Jeudi 17 Décembre 2020 Lettre d'élévation: B 180 Montant Facturé: 120,000hs			

HONORAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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



Casablanca, le :

22/12/2020

## ORDONNANCE

Nom : .....

Prénom : .....

SOUKRATI Halémie

273,00x3

① Nervax 7T



top 2x1, pd 3 onces

819,00



27

QDV 3 mcs



AMM N°: 160/16 DMP/21/NNP

N° Lot : 9PK113  
04/2019  
Fab. : 04/2021  
Per. : P.P.V.273.00 MAD

43671/R40

AMM N°: 160/16 DMP/21/NNP

N° Lot : 9PK113  
04/2019  
Fab. : 04/2021  
Per. : P.P.V.273.00 MAD

43671/R40

AMM N°: 160/16 DMP/21/NNP

N° Lot : 9PK112  
04/2019  
Fab. : 04/2021  
Per. : P.P.V.273.00 MAD

43671/R40





## FICHE DE LIAISON RAMED

Fiche N° : .....

Etablissement de référence : Hôpital Ben M'Sik

Identité du patient

◆ NOM ET PRENOM : SOUKRATI Halima

◆ Identifiant de la CMB ou autres documents : .....

◆ Age : .....

◆ Sexe : .....

◆ Adresse : .....

Motif de référence :

NFS  
ACT - CRT



Fait, le : 17/12/2010

Nom et Signature

[Signature]



# مركز التحليلات الطبية سباتة CENTRE D'ANALYSES MEDICALES SBATA

Docteur Abdelwahab AL FATH  
Médecin Biologiste

الدكتور عبد الوهاب الفتاح  
طبيب مخبري

642 شارع إدريس الحارثي - سباتة - البيضاء - 05 22 38 02 60 - 05 22 55 28 07 - 05 22 38 02 60 - I.F N° : 2860162 - CNSS N° : 8771986 - R.C. N° : 131577  
Patente N° : 33990016 - E-mail : laboratoire.sbata@gmail.com

Dossier N° : 201217-0006

Mme Halima SOUKRATI EP HATLA

Né(e) le : 01/01/1968/ 52 ans

Prescription : Dr Nadia RHANMOUNI

Date de l'examen : 17/12/2020



## HEMATOCYTOLOGIE

### HEMOGRAMME

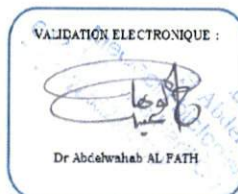
Résultat en fonction du sexe et de l'âge du patient

30/01/2020

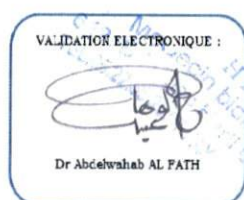
Hématies	4.13	Millions/mm3	(3.80-5.40)	4.07
<b>HEMOGLOBINE</b>	<b>12.4</b>	g/dl	(12.5-15.5)	12.6
Hématocrite	38.0	%	(37.0-47.0)	37.5
V.G.M	92.0	μ3	(82.0-98.0)	92.1
T.G.M.H	30.0	pg	(27.0-32.0)	31.0
C.C.M.H	32.6	%	(32.0-36.0)	33.6
<b>PLAQUETTES</b>	171	Milliers/mm3	(150-450)	207
<b>LEUCOCYTES</b>	<b>3.30</b>	Milliers/mm3	(4.00-10.00)	3.83
Neutrophiles	51.0	%	(45.0-70.0)	51.4
	<b>1.683</b>	Milliers/mm3	(1.800-8.000)	1.969
Lymphocytes	33.9	%	(20.0-40.0)	32.9
	<b>1.119</b>	Milliers/mm3	(1.500-4.500)	1.260
Monocytes	13.2	%	(0.0-9.0)	13.6
	0.436	Milliers/mm3	(0.000-0.800)	0.521
Eosinophiles	1.7	%	(0.0-4.0)	1.6
	0.056	Milliers/mm3	(0.000-0.400)	0.061
Basophiles	0.2	%	(0.0-2.0)	0.5
	0.007	Milliers/mm3	(0.000-0.200)	0.019

## BIOCHIMIE SANGUINE

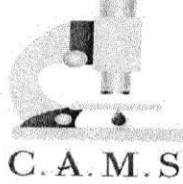
Transaminases GOT /ASAT	26.3	UI/L	(<35.0)	22.4
Transaminases GPT/ALAT	23.9	UI/L	(<35.0)	16.6



Compte-rendu complet







مركز التحليلات الطبية سباتة  
CENTRE D'ANALYSES MEDICALES SBATA

Docteur Abdelwahab AL FATH  
Médecin Biologiste

الدكتور عبد الوهاب الفتح  
طبيب مخبري

642، شارع إدريس الحارثي - سباتة - البوحياء - 05 22 38 02 60 - 05 22 55 28 07  
Patente N° : 33990016 - I.F N° : 2860162 - CNSS N° : 6771986 - R.C. N° : 131677  
E-mail : laboratoire.sbata@gmail.com

ICE : 000192003000084

FACTURE N° : 201217-0006

Mme Halima SOUKRATI EP HATLA

Prescription : Dr Nadia RHANMOUNI

Date de l'examen : 17/12/2020



Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
	Transaminases GPT/ALAT	B50	B
	Numeration formule sanguine	B80	B
	Transaminases GOT/ASAT	B50	B

Montant Facturé

120.02Dhs

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

CENTRE D'ANALYSES MEDICALES SBATA  
DR ALFATH ABDELWAHAB  
MEDECIN BIOLOGISTE  
642 BD DRISS HARTI C.D CASA  
TEL: 05 22 55 28 07 / FAX: 05 22 38 02 60

Royaume du Maroc  
Ministère de la Santé  
Secteur Ben M'sik  
Hôpital F. EL KRAÏ

Quittance

N° 226137

Reçu de M

La somme de

NATURE DE LA REÇETTE	EX.	SOMME
CHIRURGIE		60,00
Total		60,00

Cachet du Service

Le

Signature du  
Régisseur

22/12/2020