

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, 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 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

- Réclamation : 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.

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

Déclaration de Maladie

N° W19-595531

NB 53731

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1062

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Mohammed HATLA

Date de naissance :

01/01/1940

Adresse :

Bc 5 N°116 cD casa

Tél. :

06 49 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 :

SOUK AATI

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Neck pain + Zona + Lyses

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.

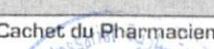
Fait à :

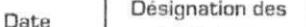
Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
17/12/2000	G		garantie	INP : 051044610 Dr. N. M. Médecin
22/12/2000	G		60\$ H	DR. N. M. Médecin

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29/12/2020	819,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
2012170006 LABORATOIRE SBATA Jeudi 17 Décembre 2020. Lettre clé+cotation: B 180 Montant Facturé: 120			
			

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.					
	Dents Traitées Nature des Soins Coefficient	INP : <input type="text"/>			
		CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>			
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>			
		DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>			
		FIN D'EXECUTION <input type="text"/>			
			DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B		
			CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>		
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>		
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>		
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>		
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession					
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 Hélène

273,00x3

① Nervax 75



100g 2x1, jd 3 doses

819,00



27

RDV 3 mois



AMM N°: 160/16 DMP/21/NNP

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

AMM N°: 160/16 DMP/21/NNP

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

AMM N°: 160/16 DMP/21/NNP

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

43671/R40

43671/R40

43671/R40



FICHE DE LIAISON RAMED

Fiche N° :

Etablissement de référence :

Identité du patient

◆ NOM ET PRENOM :

SOUKRATI Halima

◆ Identifiant de la CMB ou autres documents :

◆ Age :

◆ Sexe :

◆ Adresse :

Motif de référence :

NFS

AOI - GPT



Fait, le : 17/12/2010

Nom et Signature





مركز التحاليل الطبية سباتة

CENTRE D'ANALYSES MEDICALES SBATA

Docteur Abdelwahab AL FATH
Médecin Biologiste

الدكتور عبد الوهاب الفتح
طبيب مخبر

05 22 38 02 60 — 05 22 55 28 07 — مسحات — المرض —
Patente N° : 33990016 - I.F N° : 2860162 - CNSS N° : 6771986 - R.C. N° : 131577
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/mm ³	(3.80–5.40)	4.07
HEMOGLOBINE	12.4	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
 PLAQUETTES	 171	 Milliers/mm ³	 (150–450)	 207
 LEUCOCYTES	 3.30	 Milliers/mm ³	 (4.00–10.00)	 3.83
Neutrophiles	51.0	%	(45.0–70.0)	51.4
	1.683	Milliers/mm ³	(1.800–8.000)	1.969
Lymphocytes	33.9	%	(20.0–40.0)	32.9
	1.119	Milliers/mm ³	(1.500–4.500)	1.260
Monocytes	13.2	%	(0.0–9.0)	13.6
	0.436	Milliers/mm ³	(0.000–0.800)	0.521
Eosinophiles	1.7	%	(0.0–4.0)	1.6
	0.056	Milliers/mm ³	(0.000–0.400)	0.061
Basophiles	0.2	%	(0.0–2.0)	0.5
	0.007	Milliers/mm ³	(0.000–0.200)	0.019

BIOCHIMIE SANGUINE

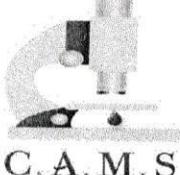
30/01/2020

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





C.A.M.S

مركز التحاليل الطبية سباتة

CENTRE D'ANALYSES MEDICALES SBATA

Docteur Abdelwahab AL FATH
Médecin Biologiste

الدكتور عبد الوهاب الفتح
طبيب مخبر

05 22 38 02 60 — 05 22 55 28 07 — 642
Patente N° : 33990016 - I.F N° : 2880162 - CNS 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
<i>Arrêtée la présente facture à la somme de : cent vingt dirhams deux centimes</i>	

Centre d'Analyses Médicales SBATA
Dr ALFATH ABDELWAHAB
Médecin Biologiste
642 BD PRÉSIDENT HABIB BOURGEOIS
TEL: 05 22 55 28 07 / FAX: 05 22 38 02 60

Reçu de M. le Dr. du Maroc
Royal Federatio n de la Santé
Ministère Electoral Ben M'sik
Hôpital de UKRAÏ
Reçu de M. le Dr. du Maroc
La somme de

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

Quittance

N° 226137

Cachet du Service

Le 22/12/2009

Signature du
Régisseur