

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.

Biologie 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

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° M20- 0000729

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6675 Société : 54805

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : FZ


Nom & Prénom : Scaly FZ

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ 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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M20-00729

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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° W19-577445

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4675 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : SCALLY F-Z

Date de naissance : 14.12.49

Adresse : 13 Karam Eddine Tammam

Tél. : 0664 424663

Total des frais engagés : 869,80

MUPRAS
11 8 JAN. 2021
ACCUEIL

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22/11/2020

Nom et prénom du malade : SCALLY F-Z

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

Nature de la maladie : Infection

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.

MUPRAS
11 8 JAN. 2021
ACCUEIL

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. J'ai pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : 22/11/2020

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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
22/11/20	C	1	G	INP: 90005422
22/11/20				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

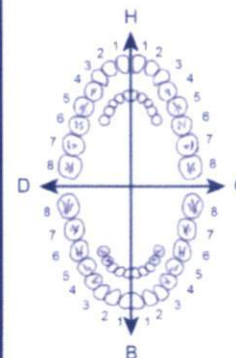
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
22/11/20	B: 630		869,20

AUXILIAIRES MEDICAUX

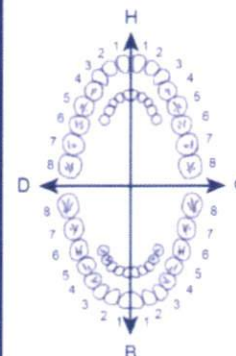
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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		
00000000	00000000		
D		G	
00000000	00000000		
35533411	11433553		
	B		

[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'EXE

ORDONNANCE

Catena Le: 22-11-20

Dr. SALLY FATMA ELHART

Famé S.V.P

1^o / NFS + P9

2^o / D-Dinens

et par

Dr. BENCKROUN
Mohamed Jalal
MEDICAL GENERALISTE

Mme. SCALLY FATIMA EZZOUHRA
13 rue Kiwame Eddine Ettaoussi

Dossier : 2011221020
Du : 22-11-2020 à 16:24

Compte-rendu partiel

(**): Résultats non validés biologiquement

HEMATOCYTOLOGIE

Echantillon sang total EDTA

HEMOGRAMME

SYSMEX XT 4000i, JAPON

Leucocytes : **	6.27	Milles/ μ L	(3.60-10.50)
Hématies : **	4.70	Millions/ μ L	(3.85-5.20)
Hémoglobine : **	13.9	g/dL	(11.8-15.8)
Hématocrite : **	41.9	%	(35.0-45.5)
VGM : **	89.1	fL	(80.0-101.0)
TCMH : **	29.6	pg	(27.0-34.0)
CCMH : **	33.2	g/dL	(30.0-36.0)
RDW : **	12.6	%	(0.0-18.5)
Polynucléaires Neutrophiles : **	60.6	%	
Soit: **	3.80	Milles/ μ L	(1.50-7.70)
Polynucléaires Eosinophiles : **	1.1	%	
Soit: **	0.07	Milles/ μ L	(0.02-1.10)
Polynucléaires Basophiles : **	0.2	%	
Soit: **	0.01	Milles/ μ L	(<0.35)
Lymphocytes : **	26.5	%	
Soit: **	1.66	Milles/ μ L	(>1.00)
Monocytes : **	11.6	%	
Soit: **	0.73	Milles/ μ L	(0.10-2.70)
IG% **	0.2	%	
Plaquettes : **	137	Milles/ μ L	(160-370)
VPM **	11.3	fl	

Nombre de plaquettes confirmé par étude cytologique

HEMOSTASE

Echantillon plasma citraté

D-Dimères (D-Dimer Exclusion Biomerieux) **	1 547	ng/ml	(<500)
D-Dimères (D-Dimer TRIAGE Meter (Alere))		ng/ml	
D-Dimères (D-Dimer Exclusion MISPA II (Suisse))		ng/ml	





مختبر البيولوجيا سبتة للتحاليل الطبية و المتخصصة

LABORATOIRE DE BIOLOGIE SEBTA d'analyses médicales et spécialisées



Mme. SCALLY FATIMA EZZOUHRA
13 rue Kiwame Eddine Ettoussi

PEREE

FACTURE N° 201100618

Dossier : 2011221020 du : 22-11-2020 à 16:24



PRESCRIPTEUR :
ACTE :

Analyses : NF, FERR, DDI, CRP, PR, DELAI, ASPECT, CENTRI, V, M


FACTURATION:

Total en DH : 869.2

huit cent soixante-neuf dirhams vingt centimes

En vous remerciant pour votre confiance, veuillez agréer, Madame, Mademoiselle, Monsieur, l'expression de nos sincères salutations.

CASABLANCA, le Mercredi 09 Décembre 2020

 **LABORATOIRE DE BIOLOGIE SEBTA**
Administrative
24 rue Savoie
RDC de la Rés Savoie - 20360, Casablanca
TEL: 05 22 27 26 22 - FAX: 05 22 27 78 87
CONTACT@LABO-LBS.COM

