

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 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.

Déclaration de Maladie

N° W21-770654



<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 0532 Société : Retraite			
<input type="checkbox"/> Actif <input type="checkbox"/> Pensionné(e) <input checked="" type="checkbox"/> Autre : WADEH Mohamed			
Nom & Prénom : WADEH Mohamed			
Date de naissance : 01.07.61			
Adresse : Haly Fndaq 1 Rue S.M. Ain chok Casablanca			
Tél. : 0661 622078 Total des frais engagés : 2894,50 Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :	23/01/2023		
Nom et prénom du malade :	Khamla Fatiha Age:		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	ostéalgies, cervico-céphalgies, syndrome de la discalgie		
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 : Casablanca

Le : 23/01/2023

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
23/01/23	CG		300,00	INP : 091145623 Dr. Hasna AZMI RÉUMATOLOGISTE Dr. Hasna AZMI RÉUMATOLOGISTE
06/02/23	CG		0	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. Fatima EL HABRI Docteur en Pharmacie Lemdoune, Rue 17 N° 34 Tunisie Tunisie Tunisie Tunisie	23/01/23	214,40
PHARMACIE EL ANOAR Dr. El HABRI Rue 17 N° 34 Lemdoune, Tunisie	21/23	1720,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
L'ANALYSES MEDICALES FACTURATION Tél. : 0522 215 8	31.01.23		660 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	$\begin{array}{c c} H & \\ \hline 25533412 & 21433552 \\ 00000000 & 00000000 \\ \hline D & G \\ 00000000 & 00000000 \\ \hline 35533411 & 11433553 \\ B & \end{array}$			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

Dr. Hasna AZMI

Rhumatologue

Maladies des os, des articulations,
des muscles et de la colonne
vertébrale

الدكتورة حسناء عزمي

إخلاصية في أمراض الروماتيزم
أمراض العظام والمقاصل والعضلات
وأمراض العمود الفقري



Casablanca, le 23/01/

DR	027-13	122DH80
ME	Khamla	
Paticha		

PHARMACIE EL ANDOUAR
Dr. Fatiha en L'HARTI
Bine Lemdou, au 34 Avenue 17 Novembre 1955
Casablanca - Tél. 0212 522 00 98

1)

Esaec 40 mg
1 gel le matin
x 10 Jours

37,00

2)

Dulastan
1 ep x 21 j matin
repas x 10 Jours ap.

PHARMACIE EL ANDOUAR
Dr. Fatiha EL HARTI
Docteur en
Bine Lemdou
Casablanca
N° 34 Bis
DULASTAN® 500 mg / 2 mg
Boîte de 20 comprimés
من 20 قرصاً

1- 37DH /

54,60
3)

Mefsal 2,5 mg
1 ep x 21 j matin

1- 54,60 /

1- 800 /

au milieu des repas à 10

Jan

Masna AZMA
Rhumatologue
14, Bd. de Paris
CAS BLANCA

Dr. Hasna AZMI

Rhumatologue

Maladies des os, des articulations,
des muscles et de la colonne
vertébrale



الدكتورة حسناء عزمي

إختصاصية في أمراض الروماتيزم
أمراض العظام والمفاصل والعضلات
وأمراض العمود الفقري

Casablanca, le

06/02/23

Kh

20.300x3

1) vit D3 Bon 200000

1 ampoule / mois

2h ap. f'ture deux

de pain

37.000x2

2) Dulastan

1 ep le matin

repas & 1 mois

ZENITH Pharma
AMM N° 171/16 DMP/21/NNPR

6 11800 1272228

PPV: 20,90 DH

ZENITH Pharma
AMM N° 171/16 DMP/21/NNPR

6 11800 1272228

PPV: 20,90 DH

DULASTAN® 500 mg / 2 mg دولاستان®
Boîte de 20 comprimés

37DH

DULASTAN® 500 mg / 2 mg دولاستان®
Boîte de 20 comprimés

علبة من 20 قرصاً

37DH

3°) Yefsal Sh. 6^o
1 ep le sou au milieu
du repas à 20



ZENITH Pharma
AMM N° 556/17 DMP/21/NRQ

6 11800 1271214
PPV : 283,00 DH

4°) Choucroute
1 gel x 3 1^o
x 3 mois

AMM N° 556/17 DMP/21/NRQ

6 11800 1271214
PPV : 283,00 DH

AMM N° 556/17 DMP/21/NRQ

6 11800 1271214
PPV : 283,00 DH

5°) Esac 226.60^o
1 gel x

10 1000
R 202/14
V 226DH00

226DH

10 1000
R 02/24
V 226DH00



17 20,10



226DH



Dr. Hasna AZMI

Rhumatologue

Maladies des os, des articulations,
des muscles et de la colonne
vertébrale



الدكتورة حسناء عزمي

إخلاصية في أمراض الروماتيزم
أمراض العظام والمفاصيل والعضلات
وأمراض العمود الفقري

Casablanca, le 23/01/23
الدار البيضاء في

Me Khamli

Tatiha

Calciémie

25 (OH)D₃

LABORATOIRE AIN CHOCK
D'ANALYSES MEDICALES
FACTURATION A
Tél.: 0522 215 089

Dr. Hasna AZMI
Rhumatologue
14 Bd. de Paris
1er ANCA



Nom prénom : Mme Fatiha KHAMLI
Date de naissance : 29-01-1959
Prélèvement du : 31-01-2023 09:51
Référence : 2301312008
Prescripteur : Dr HASNA AZMI

ICE : 00 17 1 39 24 00 0036



097165385

INPE : 093062529

IF : 15235587

Facture – Relevé N° : 230100389

Récapitulatif des analyses				
CN	Analyse	Clé	Clé	Total
PSA 0439	Prélèvement sang adulte Vitamine D Calcium	E17 B450 B30	E B B	17.00 MAD 603.00 MAD 40.20 MAD
			Total	660.20 MAD

TOTAL DES B : 480
TOTAL DES HN : 0
TOTAL A PAYER : 660

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

six cent soixante dirhams

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

LABORATOIRE AIN CHOKE
D'ANALYSES MEDICALES
FACTURATION A
Tél. : 0522 215 089



**LABORATOIRE
AIN CHOCK**

مخابر التحاليل الطبية Laboratoire d'analyses médicales

Hématologie, Bactériologie, Parasitologie, Mycologie, Virologie
Immunologie, Hormonologie, Oncologie, Spermologie

Dr BENNIS Noor

- Diplômée de la faculté de médecine et pharmacie de Rabat ainsi de la faculté CEU de Madrid
- Diplôme de fertilité à la faculté UIASS
- Formation en autoimmunité

Numéro de demande : A230140165

Prélèvement à : 31-01-2023

Cher confrère, voici les analyses demandées ci-joint

résultats recto-verso

BIOCHIMIE SANGUINE

Calcium 99.00 mg/L (90.00-105.00)
(Arsenazo III) 2.3 mmol/L (2.1-2.4)

Interprétation

Les valeurs du calcium sont à interpréter en fonction de la protidémie.

Formule : $\text{Cacorr[p]} = \text{Cames} / (0,55 + \text{Prot} / 160)$ (Ca en mmol, la Protidémie (Prot en g/L).

25-OH-Vitamine D (D2+D3) 12.3 ng/ml

Interprétation :

statut	25-(OH) Vitamine D
Déficient	<20 ng/ml
Insuffisant	20-29 ng/ml
Suffisant	30-100 ng/ml
Toxicité potentielle	>100 ng/ml

GARDE 24h/24h :Tél : 06 90 98 76 87

173, Angle Bd Al Qods et Bd 2 Mars, Résidence - Al Majd, Imm I, 1^{er} étage N° 5, Casablanca

Tél/Fax : 05 22 21 50 89 - Tél. Urgence : 06 08 80 73 74 / 06 90 98 76 87

E-mail : info@labo-ainchock.ma / labo_ain_chock@outlook.com

CNSS : 440661 - ICE : 001713924000036 - INPE : 097165385 - IF : 15235587