

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

M22- 0015807

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00512 Société : R.A.M.
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Retraité
 Nom & Prénom : EL MOUMI Moulay Abdelham
 Date de naissance : 21-01-45
 Adresse : Hay El Hana Rue 32 N° 32 Casablanca
 Tél. 06 19 44 96 32 Total des frais engagés : 534,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 29/03/23

Nom et prénom du malade : EL MOUMI Moulay Abdelham Age: 78ans

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

Nature de la maladie : Aff Digestive

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : 27/04/2023
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

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
29.03.2023				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29/03/2023	142,20
	17/04/2023	164,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	17/04/23	B 110	228,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> 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

CABINET D'HEPATO-GASTROENTEROLOGIE

عيادة أمراض الكبد والجهاز الهضمي

Professeur Driss Jamil
البروفيسور إدريس جميل

HEPATO-GASTROENTEROLOGUE
أمراض الكبد والجهاز الهضمي

Docteur Zineb Jamil
الدكتورة زينب جميل

HEPATO-GASTROENTEROLOGUE
ز الهضمي

29/03/2023



MR EL MOUMI MOULAY ABDESLAM

142,20



• Fortrans - poudre pour solution buvable

4 sachets à Diluer dans 4 L d'eau : un sachet par litre d'eau Boire la veille de l'examen : 16 à 18h : 2 litres de FORTTRANS (1 verre toutes les 10 minutes) 20 à 22h : 2 litres de FORTTRANS (même vitesse) puis restez à jeun strict (sans manger ,ni boire)jusq'au lendeman

البروفيسور إدريس جميل
أمراض الكبد والجهاز الهضمي
201 شارع أنفا - الدار البيضاء
التلف: 05.22.94.63.63 / 05.22.94.62.62 / 05.22.94.61.61

PHARMACIE CINEMA ANFA
Dr. Naoual BENTAYEB
144 Bis Bd. Sidi Abderrahmane
Hay El Hana - Casablanca
Tél.: 05 22 36 87 62

Assisstantes : Laila 06 61 86 58 66 | Rajaâ 06 89 44 48 88 | E-mail : secretariatprjamil@gmail.com

201, شارع أنفا، الطابق الثالث (أمام المدرسة الإسبانية خوان رامون وفوق مطعم أحمد شيف) - الدار البيضاء

201, Bd. d'Anfa 3^{ème} étage (en face de l'école Espagnole Juan Ramón et au dessus de Ahmet chef) - Casablanca

الهاتف : 05.22.94.63.63 / 05.22.94.62.62 / 05.22.94.61.61 | الفاكس : 05.22.39.62.62

Casablanca, le: 17-04-23

ORDONNANCE

$\mathbb{N}^+ \subseteq \mathbb{N}$ Norm: Ableitung

Lower of  211

164.00

[Handwritten signature]

PHARMACIE CINEMA ANFA
DE NAJOUA BEN AB
141, BIST. 9101 Abdelhamane
Hay El Hana - Casablanca
TEL : 05 22 35 87 62



6000 UI (60 mg),

énoxaparine sodique/enoxaparin sodium

sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat R.P.1-
Ain Sebaâ 20250 Casablanca

LOVENOX 6000UI ANTI-XA/0,6ML SER B2

P.P.V. : 164DH00

0689458

6118001080458

ORDONNANCE

Mr EL MOUMI My Abdeslam

G S R A

TP - TCA

Dr. EL MOUMI Zakaria
Spécialiste en Anesthésie et Réanimation
54, Bd. Ghandi - Casablanca
Tél : 0522.36.74.05



Mr EL MOUMI My Abdeslam
01-01-1945
2304173113



SUR CAHIER
EL MOUMI



FACTURE N° 2304173113
LABORATOIRE CASALAB PALMIER

Casablanca le 17/04/2023
INPE : 093002574

Mr My Abdeslam EL MOUMI
Demande N° 2304173113
Date de l'examen : 17/04/2023

Récapitulatif des analyses	
Analyse	Clé
Prise de sang Adulte	E25
Groupe ABO Rhésus	B60
Groupe Sanguin Double saisie	B0
TCK (HN*)	B40
TP(Quick, Protrombine)	B40

Total des B : 140
Total à payer : **228.00** Dirhams

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

*(HN) = analyse hors nomenclature



LABORATOIRE CASALAB PALMIER®

Dossier N°: **2304173113**

Résultats de : **Mr EL MOUMI My Abdeslam**

Né(e) le : **01/01/1945** – 78 ans

N° CIN :

Date du prélèvement : 17/04/2023 15:57. JAM

Edition du : 18/04/2023 à 16:06

Monsieur Le Dr ZAKARIA EL OMARI MED (Anesthésie– Réanimation)

Cher confrère, nous vous remercions de votre confiance, et nous vous transmettons les résultats de votre patient.

< Compte-rendu complet >

HEMOSTASE

Taux de pothrombine:

Temps de Quick Patient(TPs): (RC)

13,6 sec.

Temps de Quick Témoin:

11,3 sec.

Taux de Prothrombine(TP%): (RC)

77 %

(70-100)

INR : (RC)

1,14

Les INR cibles selon la pathologie en cas de traitement par AVK (Sintron, Marcoumar ,etc.) :

Le TVP et Embolie pulmonaire : 2 - 5

Syndrome Anti phospholipide : 3 - 5

Valves Cardiaques : 3 - 5

Thrombophilie congénitale : 2 - 5

symptomatique

Commentaire : En cas de surdosage, se référer à la synthèse de l'HAS publiée en avril 2008

Temps de Céphaline Activée

TCK Temps patient: (RC)

29 sec

TCK temps témoin:

25,0 sec.

TCK Ratio patient/témoin:

1,16

(<1,20)

Dossier n° 2304173113 – Mr My Abdeslam EL MOUMI



1 / 2





IMMUNO-HEMATOLOGIE

GROUPE SANGUIN ABO ET RHESUS

Deux déterminations sont nécessaires à la délivrance d'une carte de groupe sanguin.

Groupe sanguin ABO
Rhésus (D)

(RC) : Résultat contrôlé

O
Positif

Validation biologique par : Le Dr M. **BEZZARI**

Dr K. **OUZZANI**

