

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

- Reclamation : 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6183 Société : RAM 159843

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BAYDOURI KAMAL

Date de naissance :

18/07/61

Adresse :

Quartier des Hopitaux Angle Sibla et
Draa YRM 6 Ann 2 B App. M Casablanca

Tél. : 06611339012 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Professeur EL KABLI H.
Medecine Interne
INPE : 091031336

Date de consultation :

14/04/2023
Dr. El Kabil H. Age : 56

Nom et prénom du malade :

Dr. El Kabil H. Age : 56

Lien de parenté :

Lui-même Conjoint 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 : Casablanca Le : 05/05/2023

Signature de l'adhérent(e) :

El Kabil H.

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
14/14/23	C3		400 DH	Professeur EL KADIRI Madrine Interne INPE: 091031336

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DU BOURG 14/04/2023	14/04/23	130420

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	26/04/23	B50	55,00 Dhs

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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																	
					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" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H		G		D	B	G	H	25533412 00000000		21433552 00000000		35533411		11433553		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H		G																			
D	B	G	H																		
25533412 00000000		21433552 00000000																			
35533411		11433553																			
		<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
D					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

Professeur Hassan El Kabli

Professeur de l'Enseignement
Supérieur
Médecine Interne

الأستاذ حسن القبلي

أستاذ التعليم العالي
الطب الباطني

Casablanca, le

١٤ / ٤ / ٢٣

الدار البيضاء، في

Mme D'hiver Baidouri 3460
1) Lax 40 1/2 4/1 x 157
25550 1/ Plaqueuil 200 24/1 (5110 x 3)
62400 2) Covaum 50 1/4/1 x 2
6840 3) cortanyl 50 1/4/1 x 8m
8400 4) Cellept 50 1/4 x 2/1 x 3m
9900 5) Calufix 100 1/4/1 x 2m
6) Oldes - 1/4/1 x
13830
130420

PHARMACIE
DUSSANCE PHARMA
n°1 Place et Rue Sidi Maârouf
Casablanca - Tél: 0522 28 05 86
P: 34647471 - IF: 14447437
NSS: 9318058 - RC: 255647
ICE: 00018967800003

64, Bd. Omar El Idrissi (en face du jardin Murdoch) - Casablanca

Tél : 05 22 27 02 79 - Fax : 05 22 26 79 42 - GSM : 06 61 13 72 74

E-mail: hassanelkabli@gmail.com

EL KABLI H.
Médecine Interne
ICE: 091031336

LOT 220654
EXP 11/2024
PPV 99.00DH

CORTANCYL 5MG
CP SEC B30
P.P.V :22DH80
6 118000 060345

CORTANCYL 5MG
CP SEC B30
P.P.V :22DH80
6 118000 060345

CORTAN
CP SEC DUJ

P.P.V :22DH80
6 118000 060345

LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V :34DH60

30000 060468

208,00

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebââ Casablanca
Plaquenil 200mg b30 cp
P.P.V 51,10 DH
6 118001 082070

5 جبة

208,00

PLAQUENIL 200MG
CP PEL B30
P.P.V :51DH10
6 118001 082070

208,00

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebââ Casablanca
Plaquenil 200mg b30 cp
P.P.V 51,10 DH
6 118001 082070

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebââ Casablanca
Plaquenil 200mg b30 cp
P.P.V 51,10 DH
6 118001 082070

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebââ Casablanca
Plaquenil 200mg b30 cp
P.P.V 51,10 DH
6 118001 082070

AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE
AUGMENTIN

500mg/62,50mg Comprimé

1 prise = 1g = 2 comprimés à 500mg/62,50mg
= le contenu d'1 alvéole

Les 2 comprimés d'Augmentin 500mg doivent
être avalés de préférence au début des repas.

جرعة واحدة = 1غ = قرصين = محتوى فقاوة واحدة
من الأفضل بلع القرصان في بداية الطعام

====

5j

PPV: 138,30 DH
LOT: 650772
PER: 06/24

mercredi



Casablanca, le الدار البيضاء، في

Nom Bidouni Dlimi Prénom : Samia

Age :

Renseignements cliniques + Traitement en cours :

<input type="checkbox"/> NFS + Plaquettes	<input type="checkbox"/> VS	<input type="checkbox"/> Glycémie	<input type="checkbox"/> Urée
<input type="checkbox"/> Transaminases	<input type="checkbox"/> gGT	<input type="checkbox"/> Bilirubine	<input type="checkbox"/> Crétatine
<input type="checkbox"/> Groupe sanguin	<input type="checkbox"/> T.P	<input type="checkbox"/> T.C.A	<input checked="" type="checkbox"/> MDRD
<input type="checkbox"/> Ionogramme	<input type="checkbox"/> Na	<input type="checkbox"/> K	<input type="checkbox"/> Ph. alcalines
<input type="checkbox"/> Calcium	<input type="checkbox"/> Electrophorèse des protides	<input type="checkbox"/> Cl	<input type="checkbox"/> Fibrinogène

<input type="checkbox"/> Ac urique	<input type="checkbox"/> CRP	<input type="checkbox"/> Fer	<input type="checkbox"/> Triglycérides
<input type="checkbox"/> Cholestérol T.	<input type="checkbox"/> HDL	<input type="checkbox"/> LDL	<input type="checkbox"/> Amylase
<input type="checkbox"/> Hémoglobines glycosylées : Hb A1c	<input type="checkbox"/> Amylase	<input type="checkbox"/> CTF	<input type="checkbox"/> Ferritine
<input type="checkbox"/> Phosphore	<input type="checkbox"/> Magnésium		
<input type="checkbox"/> LDH	<input type="checkbox"/> CPK		

<input type="checkbox"/> TSU us	<input type="checkbox"/> T4 libre	<input type="checkbox"/> T3 libre	<input type="checkbox"/> HSV 2
<input type="checkbox"/> FSH	<input type="checkbox"/> LH	<input type="checkbox"/> 17B œstr	
<input type="checkbox"/> Prolactine	<input type="checkbox"/> Progestérone	<input type="checkbox"/> BHCG	
<input type="checkbox"/> Cortisol	<input type="checkbox"/> PTH	<input type="checkbox"/> Testostérone	

<input type="checkbox"/> SEROLOGIE :	<input type="checkbox"/> TPHA	<input type="checkbox"/> VDRL	<input type="checkbox"/> VIH	
	<input type="checkbox"/> CMV	<input type="checkbox"/> Maladie de Lyme		
<input type="checkbox"/> Hépatite A :	<input type="checkbox"/> Ac HAV IGG	<input type="checkbox"/> Ac HBs	<input type="checkbox"/> Ac HAV IGM	
<input type="checkbox"/> Hépatite B :	<input type="checkbox"/> Ag HBs	<input type="checkbox"/> Ac HBe	<input type="checkbox"/> Ac Hbc	
	<input type="checkbox"/> Ag HBe	<input type="checkbox"/> ARN qualitative	<input type="checkbox"/> ADN viral	
<input type="checkbox"/> Hépatite C :	<input type="checkbox"/> Ac HCV	<input type="checkbox"/> FIBROTEST	<input type="checkbox"/> ARN quantitative	
	<input type="checkbox"/> Génotypage			

Immuno-électrophorèse ou immuno-fixation Vitamine D3

<input type="checkbox"/> Latex	<input type="checkbox"/> Waaler Rose	<input type="checkbox"/> Facteurs rhumatoïdes
<input type="checkbox"/> Ac antinucléaires	<input type="checkbox"/> Ac anti-DNA	<input type="checkbox"/> Ac anti-peptides cycliques citrullinés
<input type="checkbox"/> Ac anti-anticorps nucléaires solubles		

<input type="checkbox"/> SSA	<input type="checkbox"/> SSB	<input type="checkbox"/> Sm	<input type="checkbox"/> RNP	<input type="checkbox"/> Jol	<input type="checkbox"/> Scl 70
<input type="checkbox"/> Ac anti-phospholipides			<input type="checkbox"/> Ac anti-cytoplasme des PNN (ANCA)		
<input type="checkbox"/> Complément		<input type="checkbox"/> CH 50	<input type="checkbox"/> C3	<input type="checkbox"/> C4	

<input type="checkbox"/> ACE	<input type="checkbox"/> AFP	<input type="checkbox"/> B 2 microglobuline
<input type="checkbox"/> CA 125	<input type="checkbox"/> CA 15-3	<input type="checkbox"/> CA 19-9
<input type="checkbox"/> CYFRA 21-1	<input type="checkbox"/> PSA	<input type="checkbox"/> NSE

<input type="checkbox"/> Protéinurie de 24h	<input type="checkbox"/> Compte d'Addis
<input type="checkbox"/> Examen cytobactériologique des urines	<input type="checkbox"/> Antibiogramme
<input type="checkbox"/> Autres analyses	



NOTE D'HONORAIRES

FACTURE A MME DLIMI SAMIHA
 DATE 26/04/2023
 FACTURE N° 309 095

Nomenclature	Cotation	
Clairance.....	B 50	
Total B :	50	
Total Dossier (dhs) :		55,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : Cinquante-Cinq Dirhams.





MME DLIMI SAMIHA

Dossier N° : 4390D30S5
Prescripteur Dr.HASSAN EL KABLI

Date de prélèvement : 26/04/2023

Compte rendu d'analyses

VN Antériorités

BIOCHIMIE

Créatinine plasmatique..... 19 mg/l 6 - 13

Clairance à la créatinine..... 31 ml/min 80 - 120

Selon MDRD

Interprétation :

---- 80 à 120 ml/min : Valeurs normales

---- 60 et 80 ml/min : Insuffisance rénale légère

---- 30 et 60 ml/min : Insuffisance rénale modérée

---- < 30 ml/min : Insuffisance rénale sévère

