

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.

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

M22- 0014707

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 666 Société : R-A-M
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : TAHIRI Abderrahim 160463
Date de naissance : 16-01-1939
Adresse : 6 Rue KSER EL BADI 20000 Casablanca
Tél. : 0661200379 Total des frais engagés : 840DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 26 / 04 / 2023
Nom et prénom du malade : Bencheikroun Larfa El Tahir Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Affection dermatologique
Affection longue durée ou chronique : ☒ ALD ☐ ALC Pathologie : onychomycose
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 : 26/04/2023
Signature de l'adhérent(e) :


Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
26/04/23	G		300,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE L'ORCHÉE Angle Boulevard Ghandi & Angle Route d'Azemmour 21500 CASABLANCA Tél: 05 22 36 66 22 Fax: 05 22 36 66 22 INPE: 092046317	26/4/23	260,00 DH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 55, Avenue de la Liberté 21500 CASABLANCA Tél: 05 22 36 66 22 Fax: 05 22 36 66 22 INPE: 092046317	23/4/23	B ₁₈₀	280 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

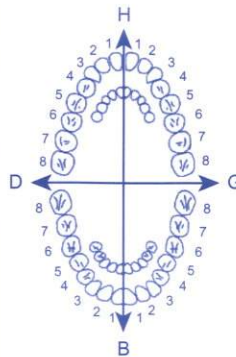
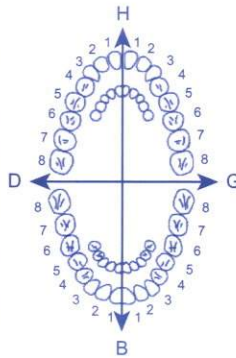
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ 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 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE																			
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

26/04/23

Zaïra Benchebouy
Ep Tahiri

- NFS , pgltes
- ASAT/ALAT.

LABORATOIRE D'ANALYSES
MEDICALES ARMES
55, Av Moulay Hassan 1er - Casr
Tél : 0522 27 19 70 0522 27 86 57
Fax : 0522 26 02 47

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Professeur CHIEB SOUMAYA
DERMATOLOGIE
091028194


Maphar
Bd Alkimia N° 6, Q1,
Sidi Bernoussi, Casablanca
ONYSTER PT UREE DM 10G
PPC : 260,00 DH

وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le : 26/04/23

Zaïla Bencheikoun
Ep. Tahira

260,00

1 - Onyster, crème : 

1 appl / sur les ongles épais
x 7 jours

PHARMACIE L'ORCHIDEE
Angle Boulevard Ghandi &
Angle Route d'Azemmour
21 500 CASABLANCA
Tél : 05.22.36.66

INPE : 092046317

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Professeur CAHEB SOUMYA
DERMATOLOGIE


091028191

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES ARMES



A. ALAMI

Pharmacien Biologiste diplômé de la Faculté de Paris

H.LAZRAQ

Pharmacien Biologiste diplômé de la Faculté de Reims

Tel : 05 22 27 19 70 / 05 22 27 86 57

Fax : 05 22 26 02 47

E mail : drlazraqhicham@gmail.com

Adresse : 55 Avenue Moulay HASSAN 1er
20070 CASABLANCA

Dossier ouvert le : 27/04/23

Edition du : 27/04/23



Madame TAHIRI JOUTEI LAILA

Docteur S CHIHEB

Réf. : 23D730



Page : 1/2

Compte Rendu d'Analyses

HEMATOLOGIE

NUMERATION FORMULE SANGUINE (SYSMEX XS1000i)

NUMERATION GLOBULAIRE

			Normales (Femme Adulte)	Antériorité 19/08/22
LEUCOCYTES	:	7 640 / mm ³	4000 - 10000	7440
HEMATIES	:	4,78 M / mm ³	3,8 - 5,4	4,78
HEMOGLOBINE	:	13,4 g/dl	12,5 - 15,5	13,6
HEMATOCRITE	:	41,1 %	37 - 47	41,3

CONSTANTES ERYTHROCYTAIRES

VGM (Volume Globulaire Moyen)	:	86,0 fl	82 - 98	86,4
TCMH (Charge)	:	28,0 pg	27 - 32	28,5
CGMH (Concentration)	:	32,6 g/dl	32 - 36	32,9

FORMULE LEUCOCYTAIRE

P. NEUTROPHILES	:	64,8 %	soit 4 951 / mm ³	1800 - 7500	4003
LYMPHOCYTES	:	25,5 %	soit 1 948 / mm ³	1500 - 4500	2611
MONOCYTES	:	8,1 %	soit 619 / mm ³	< 1000	588
P. EOSINOPHILES	:	1,3 %	soit 99 / mm ³	40 - 800	208
P. BASOPHILES	:	0,3 %	soit 23 / mm ³	< 200	30

PLAQUETTES	:	240 10 ³ /mm ³	150 - 400	191
------------	---	---	-----------	-----

Hicham LAZRAQ
PHARMACIEN BIOLOGISTE
LABORATOIRES ARMES

Signé :

90

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES ARMES



A. ALAMI

Pharmacien Biologiste diplômé de la Faculté de Paris

H.LAZRAQ

Pharmacien Biologiste diplômé de la Faculté de Reims

Tel : 05 22 27 19 70 / 05 22 27 86 57

Fax : 05 22 26 02 47

E mail : drlazraqhicham@gmail.com

Adresse : 55 Avenue Moulay HASSAN 1er
20070 CASABLANCA

Dossier ouvert le : 27/04/23

Edition du : 27/04/23



Madame TAHIRI JOUTEI LAILA

Docteur S CHIHEB

Réf : 23D730



Page : 2/2

Compte Rendu d'Analyses

BIOCHIMIE SANGUINE (Cobas C 311)

TRANSAMINASE / GOT (ASAT à 37°C)

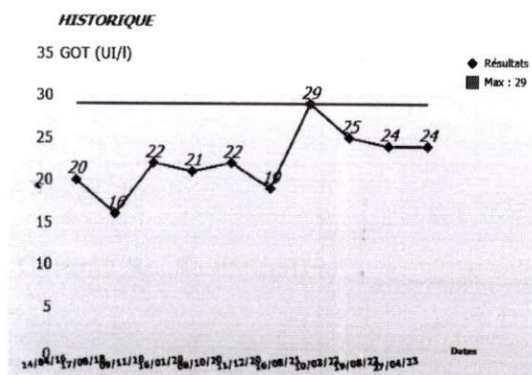
:

24

UI/l

< 29

24



TRANSAMINASE / GPT (ALAT à 37°C)

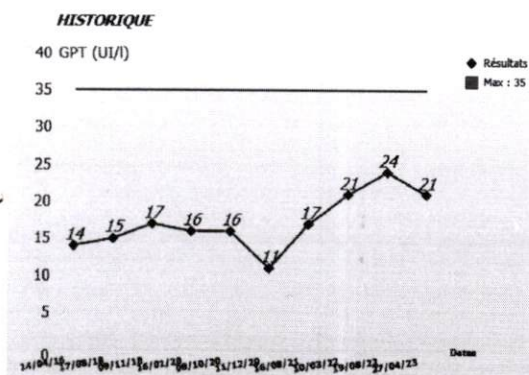
:

21

UI/l

< 35

24



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 58 107 / 2023 du 26/04/2023

Nom patient : **BENCHEKROUN LAILA**

Entrée 26/04/2023

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 26/04/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION DE DERMATOLOGIE	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
Total Frais Clinique				300,00

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>		
TROIS CENTS DIRHAMS	Total	300,00

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	300,00				300,00	0,00

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
 Tél : 05 29 03 53 45
 Fax : 05 29 00 44 77
 E-mail : contact@ickm.hkzai.com

A. ALAMI
Pharmacien Biologiste
Diplômé de la Faculté de Paris

H. LAZRAQ
Pharmacien Biologiste
Diplômé de la Faculté de Reims

Casablanca le 27 avril 2023

Madame TAHIRI JOUTEI LAILA

FACTURE N°	2473
------------	------

Analyses :			
Numération formule sanguine -----	B	80	
Transaminases : TGO TGP -----	B	100	Total : B 180
Prélèvements :			
Sang-----	Pc	1,5	
TOTAL DOSSIER		280,00 DH	

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Deux Cent Quatre vingt Dirhams

**LABORATOIRE D'ANALYSES
MEDICALES ARMES**
55, Av. Moulay Hassan 1er - Casa
Tél : 05 22 27 86 57 / 27 19 70
Fax : 05 22 26 02 47

55, شارع مولاي الحسن الأول
الدار البيضاء 20070
55, Av. Moulay Hassan 1er
Casablanca 20070