

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

- 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.

M22- 0011077

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule **0707**

Société **R.A.M**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

AIT LAKHDAI Mehdi

Date de naissance :

01/01/1944

Adresse :

36 Abou Israël el Oujajj

apt 6 Maavif Casablanca

Tél. **0663 60 78 38**

Total des frais engagés : **266,20** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. MASKAOUI Jihane
Neurologue
CHU Ibn Rochd Casablanca**

Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : **Ait La Khdaïdour Nidja** Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : **SEP**

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 : **14/02/2023**

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
14/02/2023			CG	
				CHU Ibn Rochd Casablanca
				Neurologie
				Dr. MASKOUJ Jihane

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 Dr ZIZIA, 400, Bd Ibrahim Roudani - CASA 70522 2 35 61	05 MAI 2023	B 180 + PL	266,20 DH

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
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

The diagram illustrates a dental arch with numbered teeth (1 through 8) arranged in four quadrants. The quadrants are labeled as follows:

- D**: Lower-left quadrant, containing teeth 1 through 8.
- C**: Upper-right quadrant, containing teeth 1 through 8.
- B**: Lower-right quadrant, containing teeth 1 through 8.
- A**: Upper-left quadrant, containing teeth 1 through 8.

The teeth are numbered sequentially from 1 to 8 in each quadrant, starting from the central incisors and moving towards the molars. The diagram also shows the dental arches and the positions of the upper and lower teeth relative to each other.

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

مختبر التحاليل الطبية المعاريف
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES MAARIF

Dr. Abderrazzak ZIZI
Pharmacien Biologiste
Diplômé de la Faculté de Pharmacie de Reims



Casablanca le 05-05-2023

Mlle AIT LAKHDAR Nadia

FACTURE N° A230500107

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Traitemet échantillon sanguin	E25	E
0146	Transaminases O (TGO)	B50	B
0147	Transaminases P (TGP)	B50	B
0216	Numération formule	B80	B

Total des B : 180

TOTAL DOSSIER : 266.20 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :
deux cent soixante-six dirhams vingt centimes



LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES MAARIF

Dr. Abderrazzak ZIZI

Pharmacien Biologiste

Diplômé de la Faculté de Pharmacie de Reims



Casablanca le : 05-05-2023

Mlle AIT LAKHDAR Nadia

Code : 16080113

Référence : A230500107

Du : 05-05-2023

Prescripteur : Dr MASKAOUI Jihane

Normes

Antériorités

HEMATOLOGIE**HEMOGRAMME**Numération Globulaire

			13-02-2023
Hématies	4.3	M/mm ³	4.2
Hémoglobine	13.5	g/dL	13.4
Hématocrite	40	%	39
VGM	93	μ ³	93
TCMH	31	pg	32
CCMH	34	g/100mL	34

Formule leucocytaire

Leucocytes	3 650	/mm ³	(4 000–10 000)	3 370
Neutrophiles	57	% soit	2 081 /mm ³	1955
Eosinophiles	2	% soit	73 /mm ³	67
Basophiles	0	% soit	0 /mm ³	0
Lymphocytes	31	% soit	1132 /mm ³	1011
Monocytes	10	% soit	365 /mm ³	337

Numération plaquettaire

Plaquettes	236 000	/mm ³	(150 000–400 000)	247 000
Volume Plaquettaire Moyen	9.4	fl	(6.0–11.0)	9.6



مختبر التحاليل الطبية المعريف
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES MAARIF

Casablanca le : 05-05-2023

Mme AIT LAKHDAR Nadia

Code : 16080113

Référence : A230500107

Normes

Antériorités

BIOCHIMIE SANGUINE

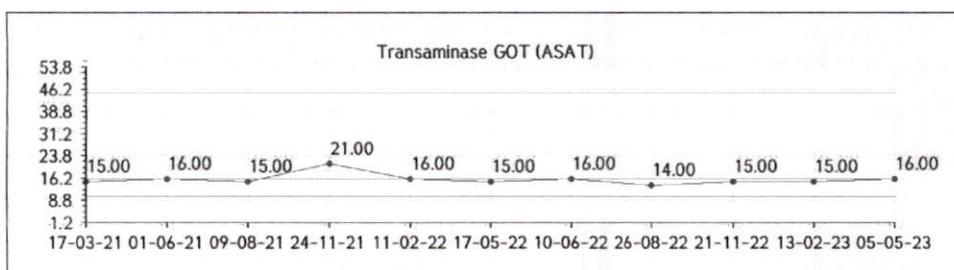
13-02-2023

Transaminase GOT (ASAT)

16 UI/L

(10-45)

15



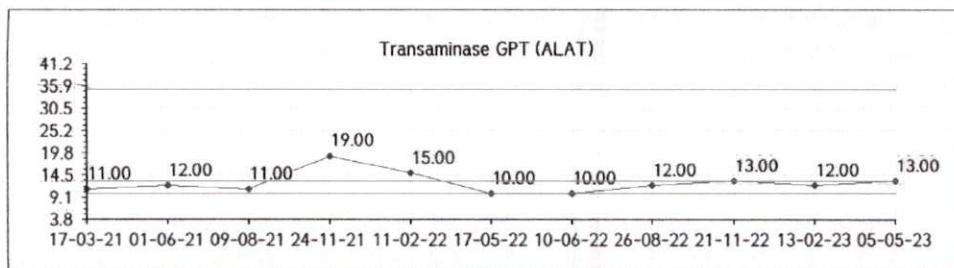
Transaminase GPT (ALAT)

13 UI/L

(10-35)

13-02-2023

12



p : 2 / 2



Royaume du Maroc

وزارة الصحة والحماية الاجتماعية
المركز الإستشفائي الجامعي ابن رشد
مستشفي ابن رشد - الدار البيضاء

المملكة المغربية



وزارة الصحة والحماية الاجتماعية
+212 17 804 8300
Ministère de la Santé et de la Protection Sociale

BILLET D'EXAMEN

Date : 14/02/2023

Prénoms - Nom du malade : Ait Yakkoub Nadi

Service : N° d'admission :

Renseignements Cliniques	Résultat d'Examen
Dr. MASKAOUI Jihane Neurologie CHU Ibn Rochd Casablanca	NAS, Pp ASAT, ALAT

Le médecin traitant

Tél. : 05 22 48 20 20 / 05 22 48 30 30
Fax : 05 22 29 94 83

