

# 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.

M22- 0011071

Maladie

Dentaire

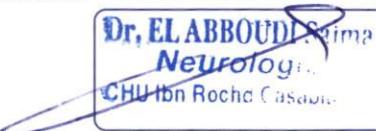
Optique

Autres

Matricule : <u>0707</u>	Société : <u>DAM</u>
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)
Nom & Prénom : <u>AIT LAKHDAR Mehdi</u>	
Date de naissance : <u>01/01/1944</u>	
Adresse : <u>36, Abou Ishaq el ovajjaq apt 6</u>	
Tél. <u>06.63.60.78.28</u> Total des frais engagés : <u>2.66,20</u> Dhs	

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Dr. EL ABBOUDI Saima  
Neurologue  
CHU Ibn Rochd Casablanca

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Date de consultation : 20/02/2023

Nom et prénom du malade : Ait Lakhdar Letta Age:

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :

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 : 26/04/2023  
Signature de l'adhérent(e) :

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
20/03/2023	Acte 3	1		
Dr. EL ABBOUI	Neurologue			
CHU Ibn Rochd				

## EXECUTION DES ORDONNANCES

#### **ANALYSES - RADIographies**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 Dr ZIZA A. 400, 1 <sup>er</sup> Braham Koudani CASA Tél: 0522 23 35 61	21 MARS 2023	B1.80 + PL	266, 20 DH

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

#### [Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



IBN ROCHD  
ابن رشد  
الدار البيضاء  
Casablanca

Royaume du Maroc

Ministère de la Santé et de la Protection Sociale  
وزارة الصحة والحماية الاجتماعية  
Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd  
المركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد  
Hôpital Ibn Rochd - Casablanca  
مستشفى ابن رشد - الدار البيضاء

المملكة المغربية



وزارة الصحة والحماية الاجتماعية  
Ministère de la Santé et de la Protection Sociale

Date : ٢٠١٣/٢٠٢٤

## BILLET D'EXAMEN

Prénoms - Nom du malade : Ait Lakhdar Laila

Service : ..... N° d'admission : .....

Renseignements Cliniques	Résultat d'Examen
٢١ NFS	
٢١ ASAT / ALAT	

Le médecin traitant

Dr. JALAMI Mariem  
Neurologie  
CHU Ibn Rochd Casablanca

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

## LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES MAARIF

Dr. Abderrazzak ZIZI\*

Pharmacien Biologiste

Diplômé de la Faculté de Pharmacie de Reims



Casablanca le : 21-03-2023

Mlle AIT LAKHDAR Leila

Code : 16060548

Référence : A230300482

Du : 21-03-2023

Prescripteur : Dr SAHIM Mohammed Amine

Normes

Antécédents

## HEMATOLOGIE

## HEMOGRAMME

Numération Globulaire

			06-03-2023
Hématies	4.0	M/mm <sup>3</sup>	(4.0-5.3)
Hémoglobine	11.9	g/dL	(12.5-15.5)
Hématocrite	35	%	(37-46)
VGM	88	μ <sup>3</sup>	(80-95)
TCMH	30	pg	(28-32)
CCMH	34	g/100mL	(30-35)

Formule leucocytaire

Leucocytes		4 260 /mm <sup>3</sup>	(4 000-10 000)	4 450
Neutrophiles	42 % soit	1 789 /mm <sup>3</sup>	(1 500-7 500)	1914
Eosinophiles	2 % soit	85 /mm <sup>3</sup>	(<400)	134
Basophiles	0 % soit	0 /mm <sup>3</sup>	(<100)	0
Lymphocytes	47 % soit	2 002 /mm <sup>3</sup>	(1 500-4 000)	2047
Monocytes	9 % soit	383 /mm <sup>3</sup>	(200-1 000)	356

Numération plaquettaire

Plaquettes	249 000	/mm <sup>3</sup>	(150 000-400 000)	290 000
Volume Plaquettaire Moyen	8.7	fl	(6.0-11.0)	9.0



مختبر التحليلات الطبية المعاريف  
**LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES MAARIF**

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



Casablanca le 21-03-2023

Mlle AIT LAKHDAR Leila

FACTURE N° A230300482

**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



**مختبر التحاليل الطبية المعريف**  
**LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES MAARIF**

Casablanca le : 21-03-2023

Mlle AIT LAKHDAR Leila

Code : 16060548

Référence : A230300482

Normes

Antériorités

**BIOCHIMIE SANGUINE**

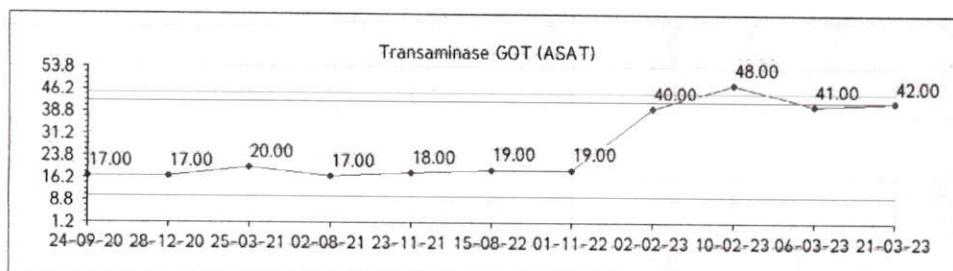
Transaminase GOT (ASAT)

42 UI/L

(10-45)

06-03-2023

41



Transaminase GPT (ALAT)

77 UI/L

(10-35)

06-03-2023

69

