

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- 0011071

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0707 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 160995
Nom & Prénom : AIT LAKHDAR Mehdi
Date de naissance : 01/01/1944
Adresse : 36, Abou Ishak el ouajja apt 6
Maarif Casablanca
Tél. : 0663607828 Total des frais engagés : 266,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
Date de consultation : 20/02/2023
Nom et prénom du malade : Ait Lakhdar Leta 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) : 

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 20/03/2023 | Neurologie | 1 | | Dr. EL ABBOUT Neurologie CHU Ibn Roché |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|--------------|------------------------------|------------------------|
| Dr ZIZA A. 400 Bd Ibrahim Koudan - CASA Tél: 0522 23 35 61 LABORATOIRES MEDICALES MAARIF | 21 MARS 2023 | B780+PL | 266,20 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 :

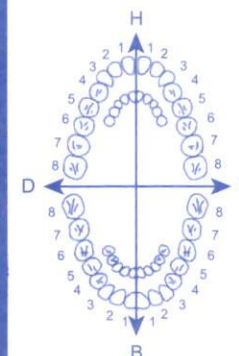
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| H | |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| G | |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |
| B | |

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



IBN ROCHD
الدار البيضاء
Casablanca

Royaume du Maroc

Ministère de la Santé et de la Protection Sociale

Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd

Hôpital Ibn Rochd - Casablanca

المملكة المغربية

وزارة الصحة والحماية الاجتماعية

المركز الإستشفائي الجامعي ابن رشد

مستشفى ابن رشد - الدار البيضاء



وزارة الصحة والحماية الاجتماعية

Ministère de la Santé et de la Protection Sociale

BILLET D'EXAMEN

Date : 20/03/2021

Prénoms - Nom du malade : Ait Lakhdar Laile

Service : N° d'admission :

| Renseignements Cliniques | Résultat d'Examen |
|--------------------------|-------------------|
| UI NFS 21 ASAT / ALAT | |

Le médecin traitant

Dr. JALAMI Marouf
Neurologie
CHU Ibn Rochd Casablanca

Tél. : 05 22 48 20 20 / 05 22 48 30 30

Fax : 05 22 29 94 83

مختبر التحاليل 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

Code : 16060548

Référence : A230300482

Du : 21-03-2023

Prescripteur : Dr SAHIM Mohammed Amine

Normes

Antériorités

HEMATOLOGIE

HEMOGRAMME

Numération Globulaire

| | | | | | |
|-------------|------|-------------------|-------------|------------|------|
| Hématies | 4.0 | M/mm ³ | (4.0-5.3) | 06-03-2023 | 4.2 |
| Hémoglobine | 11.9 | g/dL | (12.5-15.5) | | 12.5 |
| Hématocrite | 35 | % | (37-46) | | 38 |
| VGM | 88 | μ ³ | (80-95) | | 90 |
| TCMH | 30 | pg | (28-32) | | 30 |
| CCMH | 34 | g/100mL | (30-35) | | 33 |

Formule leucocytaire

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

Numération plaquettaire

| | | | | |
|---------------------------|---------|------------------|-------------------|---------|
| Plaquettes | 249 000 | /mm ³ | (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 | Traitement 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 التحليلات الطبية المعاريف

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES MAARIF

Casablanca le : 21-03-2023

Mlle AIT LAKHDAR Leila

Code : 16060548

Référence : A230300482

Normes

Antécédents

BIOCHIMIE SANGUINE

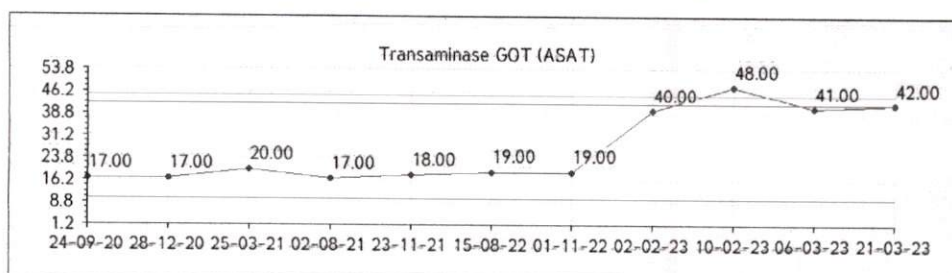
Transaminase GOT (ASAT)

42 UI/L

(10-45)

06-03-2023

41



Transaminase GPT (ALAT)

77 UI/L

(10-35)

06-03-2023

69

