

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.

M22- 0011080

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 0707 Société : RAM 160999

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AIT LAKHDAR Mehdî

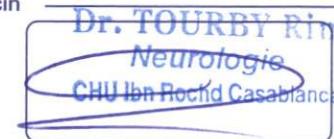
Date de naissance : 01/01/1944

Adresse : 36 Abou l'shak el ouajja 3 apt 6
Marrakech casablanca

Tél. 06.63.60.78.38 Total des frais engagés : 26.6,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03/03/23

Nom et prénom du malade : Ait Lakhdar Mehdî Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Sclérose en plaque

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) :

E707

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
03/03/2027	15001	CS		  

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

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
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F	DETERMINATION DU COEFFICIENT			
PROTÉSES DENTAIRES	MASTIGATOIRE			

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

The diagram shows a 10x10 grid of circles centered at point H. The grid is bounded by axes D (left) and G (right). The grid contains the following data:

Row	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8
2	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1
3	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1
5	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2
6	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3
7	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4
8	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5
9	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6
10	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

مختبر التحاليل بلات الطبية المعاريف
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES MAARIF

Dr. Abderrazzak ZIZI

Pharmacien Biologiste

Diplômé de la Faculté de Pharmacie de Reims



Casablanca le 28-03-2023

Mlle AIT LAKHDAR Leila

FACTURE N° A230300616

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



Dr. Abderrazzak ZIZI

Pharmacien Biologiste

Diplômé de la Faculté de Pharmacie de Reims



Casablanca le : 28-03-2023

Mlle AIT LAKHDAR Leila

Code : 16060548

Référence : A230300616

Du : 28-03-2023

Prescripteur : Dr EL ABOUDI Salma

Normes

Antériorités

HEMATOLOGIE

HEMOGRAMME

Numération Globulaire

21-03-2023

Hématies	4.0	M/mm ³	(4.0-5.3)	4.0
Hémoglobine	12.0	g/dL	(12.5-15.5)	11.9
Hématocrite	36	%	(37-46)	35
VGM	90	μ ³	(80-95)	88
TCMH	30	pg	(28-32)	30
CCMH	33	g/100mL	(30-35)	34

Formule leucocytaire

Leucocytes	4 820	/mm ³	(4 000-10 000)	4 260
Neutrophiles	44	% soit	2 121 /mm ³	1789
Éosinophiles	2	% soit	96 /mm ³	(<400)
Basophiles	0	% soit	0 /mm ³	(<100)
Lymphocytes	45	% soit	2 169 /mm ³	(1 500-4 000)
Monocytes	9	% soit	434 /mm ³	(200-1 000)

Numération plaquetttaire

Plaquettes	275 000	/mm ³	(150 000-400 000)	249 000
Volume Plaquettaire Moyen	8.9	fl	(6.0-11.0)	8.7



مختبر التحاليل الطبية المعريف
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES MAARIF

Casablanca le : 28-03-2023

Mme AIT LAKHDAR Leila

Code : 16060548

Référence : A230300616

Normes

Antériorités

BIOCHIMIE SANGUINE

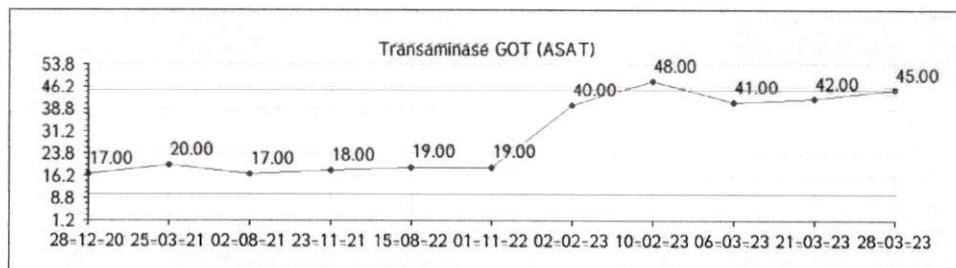
Transaminase GOT (ASAT)

45 UI/L

(10-45)

21-03-2023

42



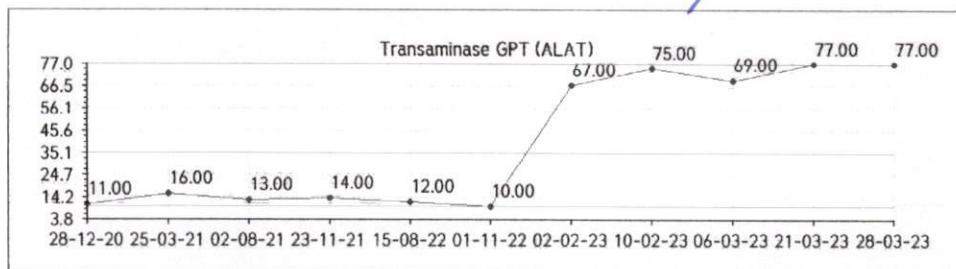
Transaminase GPT (ALAT)

77 UI/L

(10-35)

21-03-2023

77





IBN ROCHD
الدار البيضاء

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 الاستشفائي الجامعي ابن رشد
مستشفى ابن رشد - الدار البيضاء



وزارة الصحة والحماية الاجتماعية
+ ٢٠٠٦٤٨ ٣٥٠٦٣
Ministère de la Santé et de la Protection Sociale

BILLET D'EXAMEN

Date : 23/08/2013

Prénoms - Nom du malade : Art Lekshdar Leto

Service : P30 N° d'admission :

Renseignements Cliniques	Résultat d'Examen
<p>- NFS , plg</p> <p>- ASAT , ALAT</p> <p>DR. JALAMI Mariem Neurologie CHU Ibn Rochd Casablanca</p>	<p>TOIRE D'ANALYSES MEDICALES S. B. S. C. ZIA. B. Brahim CASA 22 43 35 61 RIF *</p>

Le médecin traitant

DR. EL ABOUDI Salma
Neurology
CHU Ibn Rochd Casablanca

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

300616