

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.

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : <u>0707</u>	Société : <u>R.A.M</u>
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)
Nom & Prénom : <u>AIT LAKHJAR Mehdi</u>	
Date de naissance : <u>01/01/1944</u>	
Adresse <u>36, Abou Ischak el Ouaissat appt 6</u>	
Tél. : <u>06 63 60 78 38</u> Total des frais engagés <u>2966,20</u> Dhs	

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : <u>02/02/2023</u>	Age : <u>79</u>
Nom et prénom du malade : <u>Ait Lakhjar Mehdi</u>	
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	<u>SEP</u>
Nature de la maladie : <u>SEP</u>	
Affection longue durée ou chronique : <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> 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) : [Signature]

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 Recoulement des Actes
01/02/20 23	-	-	Q	CHU de Nantes Dr. M. KHALDI Jihed Néurologie Rue de Verdun 44093 Nantes Cedex 01

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 400, Bd Brhim Roudani CASA Tél: 0522 23 35 61	02 FEV 2023	3170 + PC	2664.20 DT

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 DENTAIRE

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
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
Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd
Hôpital Ibn Rochd - Casablanca

Hôpital sans Tabac
Fumer Tue

المملكة المغربية
وزارة الصحة
المركز الإستشفائي الجامعي ابن رشد
مستشفى ابن رشد - الدار البيضاء



مستشفى بدون تدخين
التدخين يقتل

BILLET D'EXAMEN

Date : 02/02/2023

Prénoms et Nom du Malade :

Ait Lahhdan Lehl -

Service :

N° d'Admission :

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES	RESULTAT D'EXAMEN
Nf) AIA7/A(47	

Le Médecin Traitant

Dr ZIZIA
Chu Ibn Rochd Casablanca

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

Fax : 05 22 29 94 83

02/02/2023

مختبر التحاليل الطبية المعاريف
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES MAARIF

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



Casablanca le 02-02-2023

Mlle AIT LAKHDAR Leila

FACTURE N° A230200050

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 المعاريف
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES MAARIF**

Casablanca le : 02-02-2023

Mme AIT LAKHDAR Leila

Code : 16060548

Référence : A230200050

Normes

Antériorités

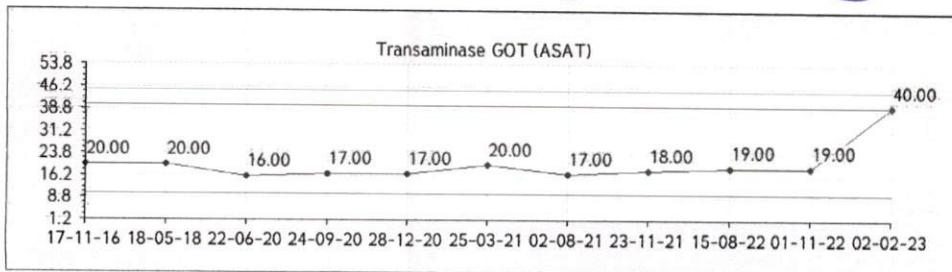
BIOCHIMIE SANGUINE

Transaminase GOT (ASAT)

40 UI/L

(10-45)

01-11-2022
19

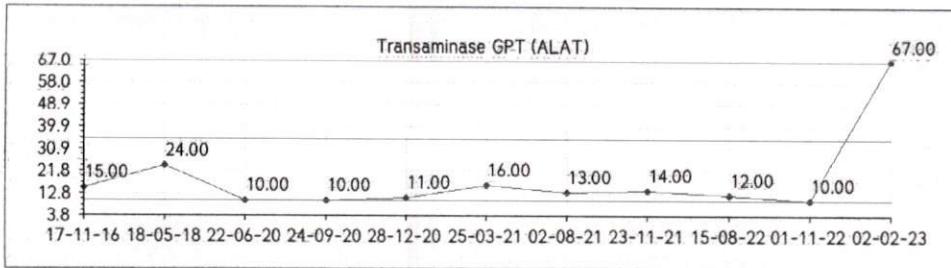


Transaminase GPT (ALAT)

67 UI/L

(10-35)

01-11-2022
10



مختبر التحاليل الطبية المعريف LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES MAARIF

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



Casablanca le : 02-02-2023

Mlle AIT LAKHDAR Leila

Code : 16060548

Référence : A230200050

Du : 02-02-2023

Prescripteur : Dr MOUHDI MOHAMED AMIN

Normes

Antériorités

HEMATOLOGIE

HEMOGRAMME

Numération Globulaire

			01-11-2022
Hématies	3.9	M/mm ³	(4.0-5.3) 4.1
Hémoglobine	11.6	g/dL	(12.5-15.5) 12.2
Hématocrite	35	%	(37-46) 37
VGM	90	μ ³	(80-95) 90
TCMH	30	pg	(28-32) 30
CCMH	33	g/100mL	(30-35) 33

Formule leucocytaire

Leucocytes		3 950 /mm ³	(4 000-10 000)	4 510
Neutrophiles	47 %	soit 1 857 /mm ³	(1 500-7 500)	2300
Eosinophiles	2 %	soit 79 /mm ³	(<400)	90
Basophiles	0 %	soit 0 /mm ³	(<100)	0
Lymphocytes	43 %	soit 1 699 /mm ³	(1 500-4 000)	1759
Monoocytes	8 %	soit 316 /mm ³	(200-1 000)	361

Numération plaquettaire

Plaquettes	257 000	/mm ³	(150 000-400 000)	272 000
Volume Plaquettaire Moyen	8.6	fL	(6.0-11.0)	9.5

