

# 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0011076

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0707 Société : R.A.M.  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : AIT LAKHJAN Mehdi  
Date de naissance : 01/01/1944  
Adresse : 36, Abou Ishak el OUAJAJ apt 6  
Maarif Casablanca  
Tél. : 06 63 60 78 38 Total des frais engagés : 266,20 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 02.02.2023  
Nom et prénom du malade : AIT LAKHJAN Mehdi 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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 26/04/2023

## 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



# 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 placement des Actes
02/02/23				

# 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
400. Brahim Roudani CASA Tél: 0522 23 35 61	02.FEV.2023	2180 + PC	266,20 MA

# AUXILIAIRES MEDICAUX

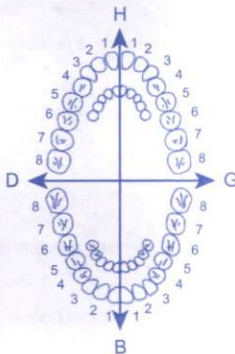
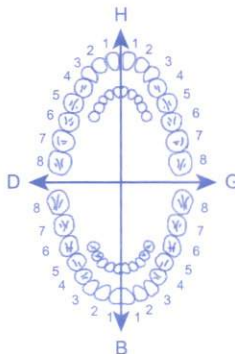
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Hôpital sans Tabac  
Fumer Tue

مستشفى بدون تدخين  
التدخين يقتل

## BILLET D'EXAMEN

Date : 02/02/2023

Prénoms et Nom du Malade : Air Lakhdar Leila

Service : N° d'Admission :

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES	RESULTAT D'EXAMEN
<p>N°1</p> <p>A1A71ACA7</p>	<p>LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES</p> <p>Dr ZIZI A.</p> <p>400, Bd Brahim</p> <p>Roudani - CASA</p> <p>Tél: 0522 23 35 61</p> <p>MAARIF</p>

Le Médecin Traitant

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

Fax : 05 22 29 94 83

02/150

مختبر التحليلات 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	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 التحاليل الطبية المعاريف

## LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES MAARIF

Casablanca le : 02-02-2023

Mlle AIT LAKHDAR Leila

Code : 16060548

Référence : A230200050

Normes

Antériorités

### BIOCHIMIE SANGUINE

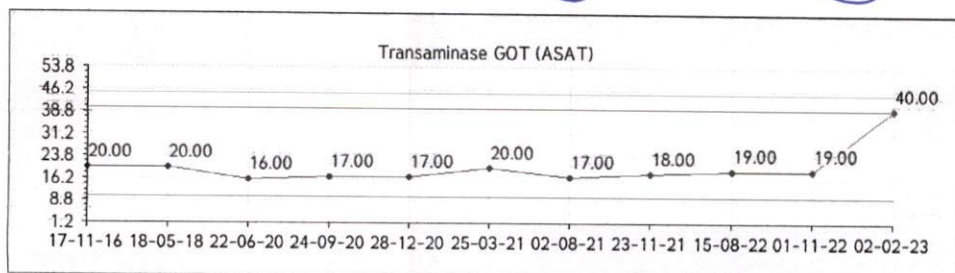
Transaminase GOT (ASAT)

40 UI/L

(10-45)

01-11-2022

19



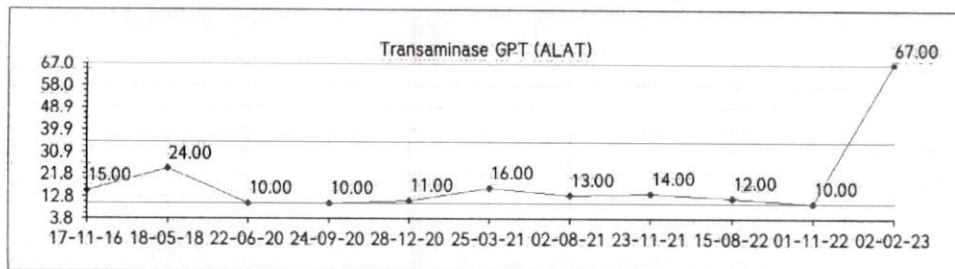
Transaminase GPT (ALAT)

67 UI/L

(10-35)

01-11-2022

10



Dr ZIZI A.  
400, Bd. Brahim  
Roudani, CASA  
Tél: 0522 23 35 61

# 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

Code : 16060548

Référence : A230200050

Du : 02-02-2023

Prescripteur : Dr MOUHDI MOHAMED AMIN

Normes

Antériorités

### HEMATOLOGIE

#### HEMOGRAMME

##### Numération Globulaire

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

##### Formule leucocytaire

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

##### Numération plaquettaire

Plaquettes	257 000	/mm <sup>3</sup>	(150 000-400 000)	272 000
Volume Plaquettaire Moyen	8.6	fl	(6.0-11.0)	9.5

