

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- 0011082

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0707 Société : 2 A M
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : AIT LAKHIAN Mehdi AG1001
Date de naissance : 01/02/1944
Adresse : 36 Abou Eshak el ouajja
appt 6 Maarit Casablanca
Tél. : 0663607838 Total des frais engagés : 882,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. SAHIM MOHAMMED AMINE
Neurologie
CHU Ibn Rochd Casablanca

INPE 090005042

Date de consultation : 19/04/2023
Nom et prénom du malade : Ait Lakhdar Leila 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 : Casa Blanca Le 04/05/2023
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
19/04/2023	C			Dr. SAHIM MOHAMMED AMINE Neurologie CHU Ibn Rochd Casablanca
19/04/2023	C			Dr. SAHIM MOHAMMED AMINE Neurologie

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Pharmacien	Date	Montant de la facture
Pharmacie des Familles Angéle Rue du Taberna - Tél: 0522 25 05 05	19/04/23	88200

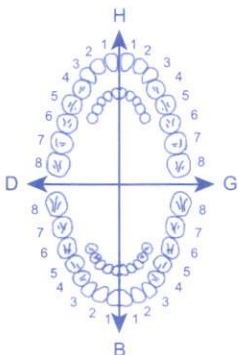
[illegible][illegible]

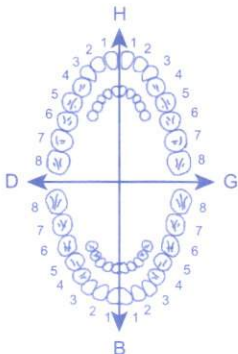
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 style="width: 100px;" type="text"/>		
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>	
					DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>	
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>		

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: right;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: left;"> G 21433552 00000000 00000000 35533411 B </div> </div>	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	
		MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>
		DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/>
	DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>	

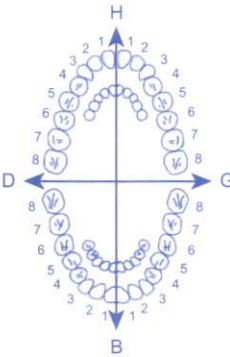
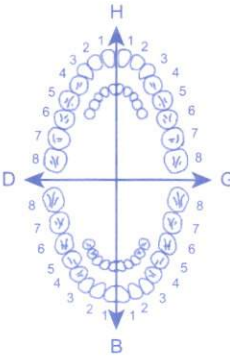
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 canalaire, 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE					
	<div><div><div>H</div><div>D</div><div>25533412</div><div>00000000</div><div>00000000</div><div>35533411</div></div><div><div>H</div><div>G</div><div>21433552</div><div>00000000</div><div>00000000</div><div>11433553</div></div><div>B</div></div>						
	<div><div>[Création, remont, adjonction]</div><div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div></div>				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

Dr. Abderrazzak ZIZI

Pharmacien Biologiste

Diplômé de la Faculté de Pharmacie de Reims



Casablanca le : 02-05-2023

Mlle ATT LAKHDAR Leila

Code : 16060548

Référence : A230500035

Du : 02-05-2023

Prescripteur : Dr ROURRY Rim

Normes

Antériorités

HEMATOLOGIE

HEMOGRAMME

Numération Globulaire

			17-04-2023
Hématies	4.1	M/mm ³	(4.0-5.3) 4.0
Hémoglobine	12.2	g/dL	(12.5-15.5) 11.9
Hématocrite	37	%	(37-46) 36
VGM	90	μ ³	(80-95) 90
TCMH	30	pg	(28-32) 30
CCMH	33	g/100mL	(30-35) 33

Formule leucocytaire

Leucocytes		4 490	/mm ³	(4 000-10 000)	4 630
Neutrophiles	47 % soit	2 110	/mm ³	(1 500-7 500)	2222
Eosinophiles	2 % soit	90	/mm ³	(<400)	93
Basophiles	0 % soit	0	/mm ³	(<100)	0
Lymphocytes	43 % soit	1 931	/mm ³	(1 500-4 000)	1852
Monocytes	8 % soit	359	/mm ³	(200-1 000)	463

Numération plaquettaire

Plaquettes	280 000	/mm ³	(150 000-400 000)	267 000
Volume Plaquettaire Moyen	8.8	fl	(6.0-11.0)	9.1



مختبر التحاليل الطبية المعاريف

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES MAARIF

Casablanca le : 02-05-2023

Mlle AIT LAKHDAR Leila

Code : 16060548

Référence : A230500035

Normes

Antériorités

BIOCHIMIE SANGUINE

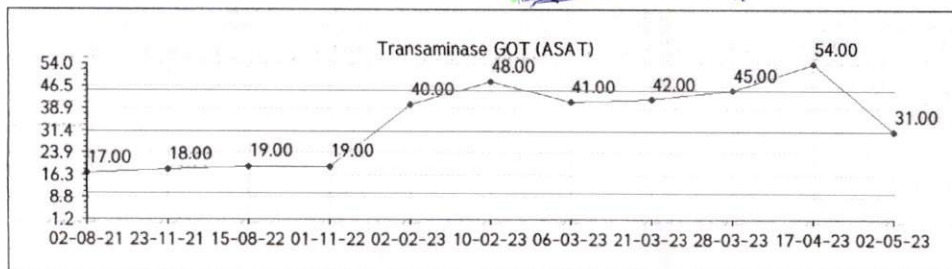
Transaminase GOT (ASAT)

31 UI/L

(10-45)

17-04-2023

54



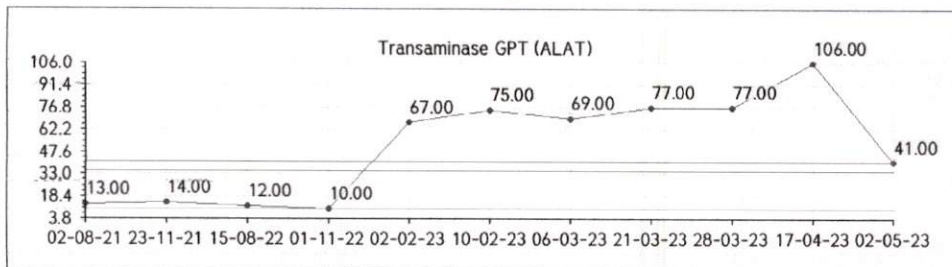
Transaminase GPT (ALAT)

41 UI/L

(10-35)

17-04-2023

106



مختبر التحليلات الطبية المعاريف

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES MAARIF

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



Casablanca le 02-05-2023

Mlle AIT LAKHDAR Leila

FACTURE N° A230500035

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





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
مستشفى ابن رشد - الدار البيضاء



وزارة الصحة والحماية الاجتماعية
+212 05 22 48 20 20 / 05 22 48 30 30 - Fax: 05 22 29 94 83
Ministère de la Santé et de la Protection Sociale

Hôpital sans Tabac
Fumer tue

Casablanca, le : 19/04/23

ORDONNANCE

Docteur :

ABT LAKHDAR

1/ Emurel 50
294,00 x 3

1

(S.V)

1

1 - 1
pdt 3 mois

882,00

PHARMACIE LAMRANI MERYEM
Pharmacie des Familles Angle Rues
de Normandie et Imam Tabarani
Casablanca - Tél: 0522.25.05.60

2/ D-Cure 100000

1 ampoule / mois

Dr. TOURBY Rim
Neurologie
CHU Ibn Rochd Casablanca

3/ Acfol 5mg

1 - 0 - 0

Dr. SAHIL MOHAMMED AMINE
Neurologie
CHU Ibn Rochd Casablanca

Dr. TOURBY
Neurologie
CHU Ibn Rochd Casablanca

IMUREL® 50 mg.comprimé pelliculé
Boîte de 100
AMM N° 483/17 DMP / 21 / NRQ
PPV: 294,00 DH
Distribué par Laboratoires
SOTHEMA BOUSKOURA
Sous licence des laboratoires ASPEN



IMUREL® 50 mg.comprimé pelliculé
Boîte de 100
AMM N° 483/17 DMP / 21 / NRQ
PPV: 294,00 DH
Distribué par Laboratoires
SOTHEMA BOUSKOURA
Sous licence des laboratoires ASPEN



IMUREL® 50 mg.comprimé pelliculé
Boîte de 100
AMM N° 483/17 DMP / 21 / NRQ
PPV: 294,00 DH
Distribué par Laboratoires
SOTHEMA BOUSKOURA
Sous licence des laboratoires ASPEN





BILLET D'EXAMEN

Date : 19/04/23

Prénoms - Nom du malade : ART LAICHAR Leila

Service : N° d'admission :

Renseignements Cliniques	Résultat d'Examen
<p>LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES</p> <p>Dr ZIZIA.</p> <p>400, Bd Brahim</p> <p>Roudani - CASA</p> <p>Tel: 0522 23 35 61</p> <p>MAARIF</p> <p>A SAT / ALAT</p> <p>NFS - 19</p>	<p>Dr SAHMI</p> <p>Neuro</p> <p>CHU Ibn Rochd</p>

Dr. TOURBY Rim
Le médecin traitant
CHU Ibn Rochd Casablanca

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

50005