

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

M22- 0011079

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0707 Société : 2 AIM
 Actif Pensionné(e) Autre : AG1002
 Nom & Prénom : AIT LAKKDEN Ait Mehdi
 Date de naissance : 01/01/1944
 Adresse : 36 Abov Ishaq el ouaizra
app 6 marif casablanca
 Tél. 0663607838 Total des frais engagés : 266,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. SAHIM MOHAMMED AIT
Neurologie
CHU Ibn Rochd Casablanca
INPE 09005042

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06/04/2023

Nom et prénom du malade : Ait Lakhdar Leile Age: _____

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Sclérose en plaques

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 : 04/05/2023

Signature de l'adhérent(e) : S

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
06/04/2013	C	1		Dr. SAHIL MOUNA Neurologie CHU Ibn Rochd Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 Dr. Z. A. Al-Sabah 400, 561, Kedan Tel: 0522 561	7 AVR. 2023	B180 + PL	266,20 DA

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre					
		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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
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 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

Prénoms - Nom du malade : Ait Lakhdar Laila

Service : N° d'admission :

Renseignements Cliniques	Résultat d'Examen
NFS ASAT - ALAT <i>Dr. SAHIM MOHAMMED AMINE Neurologie CHU Ibn Rochd Casablanca</i>	

Le médecin traitant

*Dr. JALAMI Mariem
Neurologie
CHU Ibn Rochd Casablanca*

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

04/249

مختبر التحاليل الطبية لات المعاريف
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES MAARIF

Casablanca le : 17-04-2023

Mlle AIT LAKHDAR Leila

Code : 16060548

Référence : A230400249

Normes

Antériorités

BIOCHIMIE SANGUINE

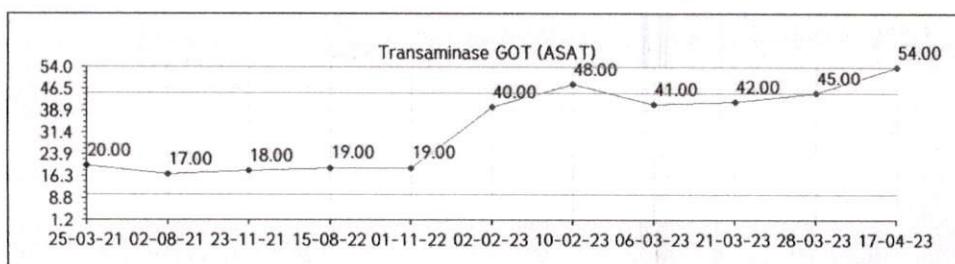
Transaminase GOT (ASAT)

54 UI/L

(10-45)

28-03-2023

45



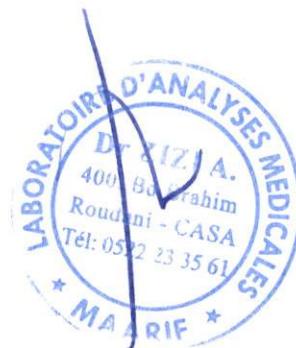
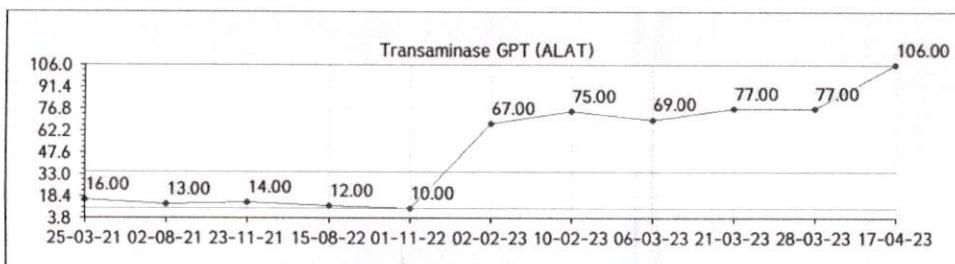
Transaminase GPT (ALAT)

106 UI/L

(10-35)

28-03-2023

77



Dr. Abderrazzak ZIZI

Pharmacien Biogiste

Diplômé de la Faculté de Pharmacie de Reims



Casablanca le : 17-04-2023

Mlle AIT LAKHDAR Leila

Code : 16060548

Référence : A230400249

Du : 17-04-2023

Prescripteur : Dr JALAMI MARIEM

Normes

Antériorités

HEMATOLOGIE

HEMOGRAMME

Numération Globulaire

			28-03-2023
Hématies	4.0	M/mm ³	(4.0-5.3)
Hémoglobine	11.9	g/dL	(12.5-15.5)
Hématocrite	36	%	(37-46)
VGM	90	μ ³	(80-95)
TCMH	30	pg	(28-32)
CCMH	33	g/100mL	(30-35)

Formule leucocytaire

Leucocytes	4 630	/mm ³	(4 000-10 000)	4 820
Neutrophiles	48	% soit	2 222 /mm ³	(1 500-7 500)
Eosinophiles	2	% soit	93 /mm ³	(<400)
Basophiles	0	% soit	0 /mm ³	(<100)
Lymphocytes	40	% soit	1 852 /mm ³	(1 500-4 000)
Monocytes	10	% soit	463 /mm ³	(200-1 000)

Numération plaquetttaire

Plaquettes	267 000	/mm ³	(150 000-400 000)	275 000
Volume Plaquettaire Moyen	9.1	fl	(6.0-11.0)	8.9



مختبر التحاليل الطبية المعاريف
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES MAARIF

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



Casablanca le 17-04-2023

Mlle AIT LAKHDAR Leila

FACTURE N° A230400249

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

