

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'Unité
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

M23-014036

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3511 Société : RAY

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Conjoint

Nom & Prénom : TAKHANA BECHAM SALU

Date de naissance : 9-12-1969

Adresse : 176 Res Azur Dda hua 330

Tél. : 0639031537 Total des frais engagés : 300 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : TAKAFI FATIMA Age: 53

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Fracture complexe de plateau tibial droit

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 : 10/07/23

Signature de l'adhérent(e) :

ation CNDP N° : A-A-2/15 / 2013

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
02/06/23	05		G	

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
	13/06/23	B80 + P.H.T	100 Dhs
	20/06/23	B80 + P.H.T	100 Dhs
	22/06/23	B80 + P.H.T	100 Dhs

AUXILIAIRES MEDICAUX

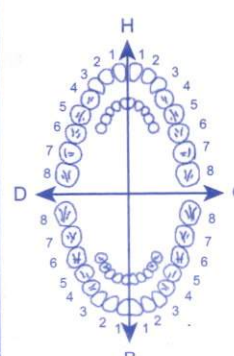
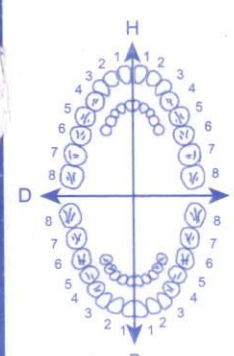
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</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 colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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																		
				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



Casablanca, le 13/06/2023

Compte rendu d'analyses

Dossier N° : 130623-056 Pvt du: 13/06/2023 12:01

Nom : Mme TAKAFI Fatiha

Page : 1/1

HEMATOLOGIE

NUMERATION FORMULE SANGUINE

(Technique : Sysmex XS-1000i)

		Valeurs Usuelles	Antériorité
ERYTHROCYTES	: 3,50 M/μl	(4 - 5,4)	
Hémoglobine	: 9,10 g/dl	(12 - 16)	
Hématocrite	: 28,00 %	(35 - 47)	
VGM	: 80,00 fL	(85 - 95)	
TCMH	: 26,00 pg	(27 - 32)	
CCMH	: 32,50 g/dl	(32 - 36)	
LEUCOCYTES	: 8 700 /mm ³	(4000 - 10000)	

FORMULE LEUCOCYTAIRE

Polynucléaires Neutrophiles	: 66,10 % Soit 5751/mm ³	(1500 - 7000)
Polynucléaires Eosinophiles	: 0,90 % Soit 78/mm ³	(Inférieur à 400)
Polynucléaires Basophiles	: 0,10 % Soit 9/mm ³	(Inférieur à 150)
Lymphocytes	: 26,20 % Soit 2279/mm ³	(1500 - 4000)
Monocytes	: 6,70 % Soit 583/mm ³	(40 - 800)
PLAQUETTES	: 346,00 10 ³ /μl	(150 - 400)

Nous vous remercions de votre confiance

Laboratoire Dar Bouazza
N° 23 Lot. Sahel Dar Bouazza
CASABLANCA
TEL 05 22 29 27 39 / 06 62 68 49 19

Dr. BAHRI Leyla



Casablanca, le 20/06/2023

Compte rendu d'analyses

Dossier N° : 200623-032 Pvt du: 20/06/2023 11:22

Nom : Mme TAKAFI Fatiha

Page : 1/1

HEMATOLOGIE

Valeurs Usuelles

Antériorité

NUMERATION FORMULE SANGUINE

(Technique : Sysmex XS-1000i)

ERYTHROCYTES	:	3,75	M/ μ l	(4 - 5,4)	3,50 (13/06/23)
Hémoglobine	:	9,50	g/dl	(12 - 16)	9,10 (13/06/23)
Hématocrite	:	30,90	%	(35 - 47)	28,00 (13/06/23)
VGM	:	82,40	fL	(85 - 95)	80,00 (13/06/23)
TCMH	:	25,30	pg	(27 - 32)	26,00 (13/06/23)
CCMH	:	30,74	g/dl	(32 - 36)	32,50 (13/06/23)
LEUCOCYTES	:	9 250	/mm ³	(4000 - 10000)	8700 (13/06/23)
FORMULE LEUCOCYTAIRE	:				
Polynucléaires Neutrophiles	:	70,10 %	Soit 6484/mm ³	(1500 - 7000)	5751 (13/06/23)
Polynucléaires Eosinophiles	:	1,50 %	Soit 139/mm ³	(Inférieur à 400)	78 (13/06/23)
Polynucléaires Basophiles	:	0,10 %	Soit 9/mm ³	(Inférieur à 150)	9 (13/06/23)
Lymphocytes	:	22,90 %	Soit 2118/mm ³	(1500 - 4000)	2279 (13/06/23)
Monocytes	:	5,40 %	Soit 500/mm ³	(40 - 800)	583 (13/06/23)
PLAQUETTES	:	584,00	10 ³ / μ l	(150 - 400)	346,00 (13/06/23)
Etude du frottis sur lame	:		NFS contrôlée par frottis sur lame		

Nous vous remercions de votre confiance

Dr. BAHRI Leyla

X

Σ



Casablanca, le 26/06/2023

Compte rendu d'analyses

Dossier N° : 260623-034 Pvt du: 26/06/2023 11:11

Nom : Mme TAKAFI Fatiha

Demandé par Dr : MOUNSIF BIROUK

Page : 1/1

HEMATOLOGIE

NUMERATION FORMULE SANGUINE

(Technique : Sysmex XS-1000i)

Valeurs Usuelles

Antériorité

ERYTHROCYTES	:	4,01	M/ μ l	(4 - 5,4)	3,75 (20/06/23)
Hémoglobine	:	10,20	g/dl	(12 - 16)	9,50 (20/06/23)
Hématocrite	:	32,30	%	(35 - 47)	30,90 (20/06/23)
VGM	:	80,50	fL	(85 - 95)	82,40 (20/06/23)
TCMH	:	25,40	pg	(27 - 32)	25,30 (20/06/23)
CCMH	:	31,58	g/dl	(32 - 36)	30,74 (20/06/23)
LEUCOCYTES	:	5 120	/mm ³	(4000 - 10000)	9250 (20/06/23)
FORMULE LEUCOCYTAIRE					
Polynucléaires Neutrophiles	:	58,80	% Soit 3011/mm ³	(1500 - 7000)	6484 (20/06/23)
Polynucléaires Eosinophiles	:	1,60	% Soit 82/mm ³	(Inférieur à 400)	139 (20/06/23)
Polynucléaires Basophiles	:	0,20	% Soit 10/mm ³	(Inférieur à 150)	9 (20/06/23)
Lymphocytes	:	33,00	% Soit 1690/mm ³	(1500 - 4000)	2118 (20/06/23)
Monocytes	:	6,40	% Soit 328/mm ³	(40 - 800)	500 (20/06/23)
PLAQUETTES	:	527,00	10 ³ / μ l	(150 - 400)	584,00 (20/06/23)
Etude du frottis sur lame	:	NFS contrôlée par frottis sur lame			

Nous vous remercions de votre confiance

Laboratoire Dar Bouazza
14/23 Lot Sahel Dar Bouazza
Dr. BAHRI Leyla

Facture

N° facture : 2023-3437

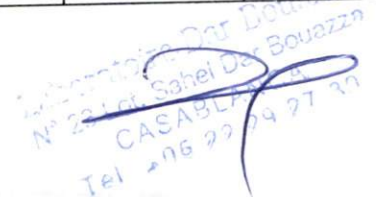
Edité le : 13/06/2023 12:03:45

Patient : Mme TAKAFI Fatiha

Date prélèvement : 13/06/2023

Analyses	Valeur en B	Montant
NUMERATION FORMULE SANGUINE	80	107,20
Total B	80	107,20
APB	25,0	25,00
Déplacement		0,00
Remise		32,20
Total		100,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : Cent dirhams***


N° 23, Lot Sahel, Dar Bouazza
CASABLANCA
Tel : 06 22 29 27 39

Facture

N° facture : 2023-3599

Edité le : 20/06/2023 11:23:50

Patient : Mme TAKAFI Fatiha

Date prélèvement : 20/06/2023

Analyses	Valeur en B	Montant
NUMERATION FORMULE SANGUINE	80	107,20
Total B	80	107,20
APB	25,0	25,00
Déplacement		0,00
Remise		32,20
Total		100,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : Cent dirhams***

Laboratoire Dar Bouazza
N° 23 Lot Sahel Dar Bouazza
Casablanca
Tél: 05 22 29 27 39 / 06 62 68 49 19
Fax: 05 22 96 57 60
laboratoire@darbouazza.ma

Facture

N° facture : 2023-3727

Edité le : 26/06/2023 11:12:33

Patient : Mme TAKAFI Fatiha

Date prélèvement : 26/06/2023

Analyses	Valeur en B	Montant
NUMERATION FORMULE SANGUINE	80	107,20
Total B	80	107,20
APB	25,0	25,00
Déplacement		0,00
Remise		32,20
Total		100,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : Cent dirhams***


Laboratoire Dar Bouazza
Lot. Sahel - Casablanca
26/06/2023 11:12:33

Dar Bouazza



مصحة الزرقطوني لجراحة العظام والمفاصل
CLINIQUE ZERKTOUNI D'ORTHOPÉDIE - TRAUMATOLOGIE

Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr. Abderrazak HEFTI

- Dr. Mohamed LEMSEFFER

Casablanca, le : 09/06/23

Mme TAKAFI FATIHA

Laboratoire Dar Bouazza
N° 24 Lot Sidi El Bacha
Casablanca

Numéro de patient

Me dr 1073

Dr. Mounsi BIROUK
Chirurgien Orthopédiste
Clinique Zerkouni (C) Casablanca
Angle Bds 9 Avril et Med Abdou