

## 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

M23-0028726 184247

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1443 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : EL HLOU Aissa  
Date de naissance : 03.04.76  
Adresse : Casablanca  
Tél. : 0666060878 Total des frais engagés : 1182,90 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 07 / 11 / 2023  
Nom et prénom du malade : AIT IKOU FATIMA Age : 27  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : OROPHARYNGE  
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 / 11 / 23  
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

### 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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# 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
07/11/2023	CS +	5	50000	[Signature]
	écho			

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE GRANADA AHLOU NABIL LOHDA Messement Mestoul Lot. N° 39 35 N° 27 - 29 - Casablanca Tél: 05 22 89 48 44	07/11/2023	396,90

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	08/11/23	8:180	286,00

# AUXILIAIRES MEDICAUX

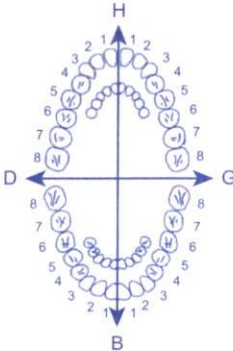
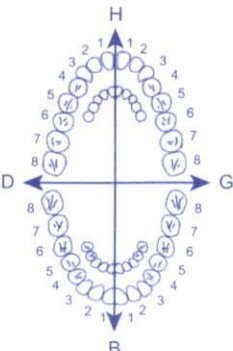
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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	
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
					FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX	
					
					MONTANTS DES SOINS
					DATE DU DEVIS
					DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



07/11/2023

**AIT IKKOU Fatima**

NFS et Plaquettes  
Toxoplasmose IgG



Dr. OUDRHIRI IDRISSE H  
Gynécologue - Obstétricien  
Angle Bd Bir Anzarane et Caid Achtar  
Rés. Ribh Se 3 étage - Casablanca  
Tél: 06 62 22 48 82 - 05 22 25 10 15



SEROLOGIE INFECTIEUSE

03/10/2023

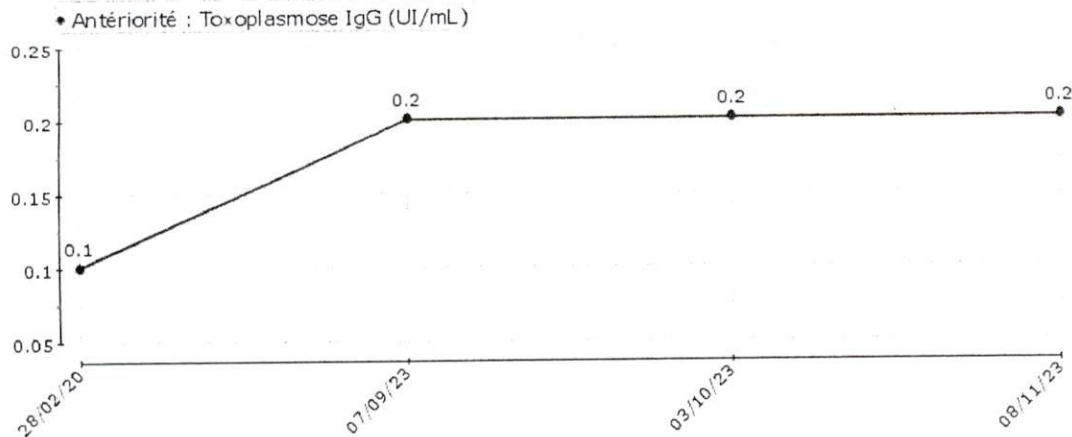
Toxoplasmose IgG

(ECLIA sur cobas 6000)

Changement de domaine de référence à compter du 12/01/2023

0,2 UI/mL

0,2



**Domaine de référence COBAS PURE :**

< 1.0 UI/ml : Négatif  
Entre 1.0 et 30.0 UI/ml : Douteux  
>30.0 UI/ml : Positif

Date du prélèvement antérieur

03-10-2023

**Conclusion:**

Absence d'immunité; à suivre toutes les 3 semaines en cas de grossesse.

Validation biologique par : Le Dr M. BEZZARI

Dr K. OUAZZANI



**LABORATOIRE CASALAB PALMIER®**

Dossier N°: **2311083081**

Résultats de : **Mme AIT IKKOU Fatima**

Né(e) le : **13/08/1996** – 27 ans

N° CIN : **PA152789**

Date du prélèvement : 08/11/2023 10:25. ZW

Edition du : 10/11/2023 à 12:13

**Monsieur Le Dr HICHAM OUDRHIRI IDRISI (Gynéco)**

**Cher confrère,** nous vous remercions de votre confiance, et nous vous transmettons les résultats de votre patient.

< Compte-rendu complet >

**HEMATOCYTOLOGIE**

**HEMOGRAMME**

(SYSMEX XN-1000)

03/10/2023

Leucocytes :	8,62	10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>	(3,90–10,20)	8,76
Hématies :	4,34	10 <sup>6</sup> /mm <sup>3</sup>	(3,90–5,20)	4,20
Hémoglobine :	12,60	g/dL	(12,00–15,60)	12,20
Hématocrite :	37,9	%	(35,5–45,5)	36,5
VGM :	87,3	fL	(80,0–99,0)	86,9
TCMH :	29,0	pg	(27,0–33,5)	29,0
CCMH :	33,2	g/dL	(31,5–36,0)	33,4
RDW :	14,4	%	(0,0–18,5)	17,2

**Formule leucocytaire :**

Neutrophiles :	68,1	%		68,1
Soit:	5 870	/mm <sup>3</sup>	(1 400–7 700)	5 966
Eosinophiles :	1,3	%		1,3
Soit:	112	/mm <sup>3</sup>	(20–580)	114
Basophiles :	0,3	%		0,2
Soit:	26	/mm <sup>3</sup>	(0–110)	18
Lymphocytes :	24,6	%		23,6
Soit:	2 121	/mm <sup>3</sup>	(1 000–4 800)	2 067
Monocytes :	5,7	%		6,8
Soit:	491	/mm <sup>3</sup>	(150–1 000)	596
Plaquettes:	160	10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>	(150–450)	191

Dossier n° 2311083081 – Mme Fatima AIT IKKOU





FACTURE N° 2311083081  
LABORATOIRE CASALAB PALMIER

Casablanca le 08/11/2023

INPE : 093002574

Mme Fatima AIT IKKOU

Demande N° 2311083081

Récapitulatif des analyses
Analyse
Prise de sang Adulte Numération Formule (Globules rouges/Blancs/plaquettes) Toxoplasmose IgG

Total des B : 180

Arrêtée la présente facture à la somme de : ..... \* **286 DH** \*

**deux cent quatre-vingt-six dirhams**

\*(HN) = analyse hors nomenclature



C



Dr OUDRHIRI IDRISSE Hicham  
Gynécologue – Obstétricien

Chef de clinique CHU Almeria  
Ancien Chef d'Unité de Grossesses à haut risque  
Médecine Foetale et Grossesses à haut risque  
Echomorphologie et Echocardiologie Foetale  
Chirurgie Gynécologique et Chirurgie des seins  
Coelioscopie et Hysteroscopie  
Stérilité du couple. FIV – ICSI



الدكتور ودغيري إدريسي هشام  
إختصاصي في أمراض النساء و التوليد

رئيس سابق لوحدة الحمل عالي المخاطر  
بالمستشفى الجامعي بالميريا  
الطب الجنيني والحمل عالي المخاطر  
جراحة النساء والثدي  
الجراحة بالمنظار  
العقم والإخصاب

NOTE D'HONORAIRES

Date : 07/11/2023

Montant en Dhs : 500 DH

Le montant de la note d'honoraires relative à l'examen de la patiente sous nommée est de 500 DH, et, détaillé comme suit :

Prix de la consultation : 300 DH

Prix de l'échographie : 200 DH

Signé : Dr. OUDRHIRI IDRISSE H

Dr. OUDRHIRI IDRISSE H  
Gynécologue – Obstétricien  
Angle Bd Bir Anzarane et Rue Cold Alachtar Résidence Ribh A, 3 étage  
Rég. Ribh Basse Fange – Casablanca  
Tél : 05 22 25 10 15 – 06 62 22 48 82

Dr OUDRHIRI IDRISSE Hicham  
Gynécologue - Obstétricien

Chef de clinique CHU Almeria  
Ancien Chef d'Unité de Grossesses à haut risque  
Médecine Foetale et Grossesses à haut risque  
Echomorphologie et Echocardiologie Foetale  
Chirurgie Gynécologique et Chirurgie des seins  
Coelioscopie et et Hysteroscopie  
Stérilité du couple. FIV - ICSI



الدكتور ودغيري إدريسي هشام  
إختصاصي في أمراض النساء و التوليد

رئيس سابق لوحدة الحمل عالي المخاطر  
بالمستشفى الجامعي بالميريا  
الطب الجنيني والحمل عالي المخاطر  
جراحة النساء والثدي  
الجراحة بالمنظار  
العقم والإخصاب

Casablanca le 07/11/2023

AIT IKKOU Fatima

26,90  
1) VITAMINE C 1000

1 comprimé le matin

119,00  
2) PREGNACARE cp

1 cp par jour

251,00  
3) FERLIPO

2 cp par jour pendant 1 mois

125,50 x 2

396,90

PHARMACIE GRANADA  
LAHLOU NABIL Loubna  
N° 39 - 29 - 26 - 25 N° 39  
Tél: 05 22 25 10 15 - 06 62 22 48 82

Dr OUDRHIRI IDRISSE H  
Gynécologue - Obstétricien  
Angle Bd Bir Anzarane et Rue Cold Alachtar Résidence Ribh A, 3 étage  
Des. Ribh, 3e Etage - Casablanca  
Tel: 0522 25 10 15 - 0662 22 48 82



Lot N° : FL15

Exp : 12/2025

PPC : 125,50 DH

**Vita C1000®**

PPV 26DH90

EXP 05/2026  
LOT 33036 15

Lot N° : FL14

Exp : 12/2025

PPC : 125,50 DH

**PREGNACARE 30 CP**  
PVC : 119,00 DH

Ut Av	Lot :
30/04/2025	274459A

**IPHABIOTICS**



**Ingredients:** Magnesium Oxide, Bulking Agents: Dibasic Calcium Phosphate, Microcrystalline Cellulose, Tablet Disintegrants: Potato Starch, Polyvinylpyrrolidone, Vitamin C (as Ascorbic Acid), Zinc Sulphate, Binder: Polyvinylpyrrolidone, Ferrous Fumarate, Betacarotene, Natural Source Colours (Titanium Dioxide, Iron Oxides), Hydroxypropylcellulose, Niacin (as Nicotinamide), Vitamin E (as D Alpha Tocopheryl Succinate)\*, Lubricants: Magnesium Silicate Prep., Magnesium Stearate, Pantothenic Acid (as Calcium Salt), Stearic Acid, Vitamin B12 (Cyanocobalamin), Vitamin B6 (as Pyridoxine HCl), Copper Sulphate, Thiamin (Vitamin B1), Riboflavin (Vitamin B2), Vitamin K (as Vitamin K Prep.), Folic Acid, Vitamin D3 (Cholecalciferol Prep.), Iodine (as Potassium Iodide), Biotin, Sodium Selenate \*from Soya

CONSERVER AU-DESSOUS DE 25°C DANS UN ENDROIT SEC,  
HORS DE LA VUE ET DE LA PORTÉE DES ENFANTS.