

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : **7284**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **BENBRAHIM** **Rachid**

Date de naissance :

Adresse : **Brahim 7284@gmail.com**

Tél. : **0661512260** Total des frais engagés : **1371** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **/ /**

Nom et prénom du malade : **BENBRAHIM** **Fatima Zahra** Age : **17**

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **Epilepsie**

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

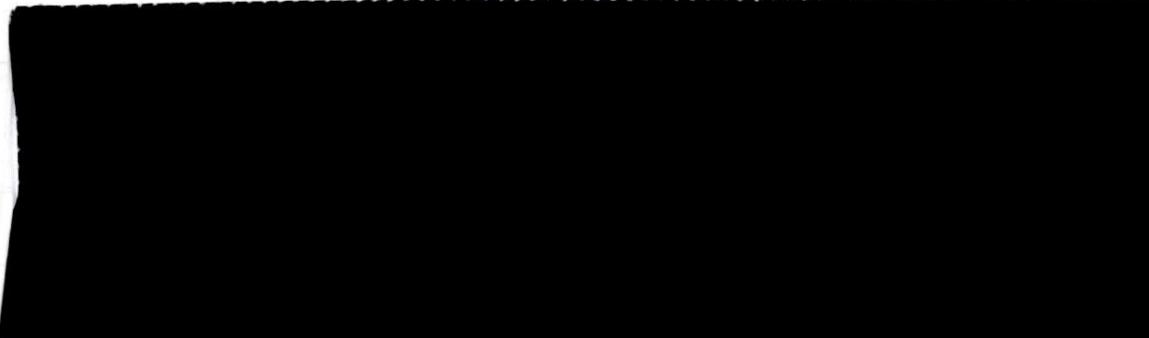
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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** Le : **13/10/2024**

Signature de l'adhérent[e] :



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
01/02/2024		6	facturé	
03/02/2024		Controle	facturé	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Chafik Hay El Massaoudi, Rue 1 N° 40 Bis Ain Diab Rte D'Azemour Casa/Anfa Tél: 05 22 39 04 80	02/02/2024	1371,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficent	CCEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 00000000 00000000 35533411 11433553 B	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession
--	---

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Ordonnance

Casablanca, le

01/02/2024

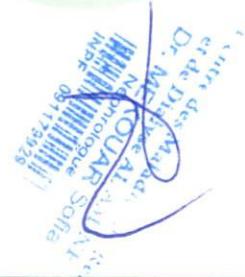
Fatma Zahra Benbrahim

fer infect 500 mg

Marsla

13713

صيدلية شفيف
Pharmacie Chafik
Hay El Massaoudi, Rue 1 N° 40
Bis Ain Diab Rte D'Azemour
Casa/Anfa Tél: 05 22 39 04 80



N° 203, Bd Ibnou Sina, Quartier Al Hana, Hay Hassani, Casablanca

Tél. : 05 22 39 94 64 - Fax : 05 22 39 94 06

E-mail : cmrd.alamine@gmail.com

PHARMACIE CHAFIK
MME CHAFIK SANAA
HY EL MESSAOUDI,R 1 N 40 BIS RTE
AZEMOUR AIN DIAB

Tél : 0522390480

01/02/2024

MME FATIMAZAHRA BENBRAHIM

FACTURE N° : 2417

du 01/02/2024

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant PPV	TVA
1	FERINJECT 50MG	1 371,00	1 371,00	7%
Total TTC				1 371,00

Arrêtée la présente Facture à la somme de :
MILLE TROIS CENT SOIXANTE ONZE DIRHAMS

	TAUX	HT	TVA	TTC
7.00%	7,00	1 281,31	89,69	1 371,00
		1 281,31	89,69	1 371,00



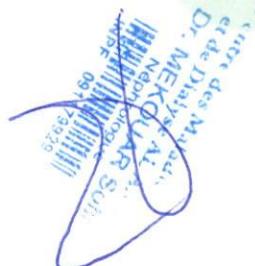


Ordonnance

Casablanca, le 01/02/2024

Fatima Zahra Benbrahim

NFS
fem. héréditaire



Date du prélèvement : 01-02-2024 à 08:12
 Code patient : 2111172001
 Né(e) le : 20-02-2006 (17 ans)



Mlle Fatima Zahra BENBRAHIM
 Dossier N° : 2402012003
 Prescripteur : Dr SAMIA NEJJAR

HEMATOLOGIE

NUMERATION GLOBULAIRE(Sysmex XT-1800i)

27-10-2023

Leucocytes	6.44	G/L	(3.80-11.00)	6.10
Hématies	4.85	T/L	(3.90-5.15)	4.59
Hémoglobine	8.2	g/dL	(12.0-15.4)	8.1
Hématocrite	29.4	%	(35.5-45.0)	28.0
V.G.M	60.6	fL	(79.0-96.0)	61.0
T.C.M.H	16.9	pg	(26.5-33.0)	17.6
C.C.M.H	30.0	g/dL	(30.0-36.0)	31.0

FORMULE LEUCOCYTAIRE(Sysmex XT-1800i)

Poly. Neutrophiles	48.8	%	38.0
Soit	3.14	G/L	(1.70-7.90)
Poly. Eosinophiles	0.6	%	0.7
Soit	0.04	G/L	(0.02-1.10)
Poly. Basophiles	0.3	%	0.5
Soit	0.02	G/L	(<0.35)
Lymphocytes	43.9	%	54.6
Soit	2.83	G/L	(>1.20)
Monocytes	6.4	%	6.2
Soit	0.41	G/L	(0.10-2.70)
PLAQUETTES(Sysmex XT-1800i)	148	G/L	(150-450)

Commentaire :

Anémie microcytaire hypochrome
 Absence d'agregats plaquettaires

BIOCHIMIE SANGUINE GÉNÉRALE ET SPÉCIALISÉE

26-02-2022

- Ferritine (Technique ELFA Vidas)	<3.0	ng/mL	(15.0-150.0)	17.0
---------------------------------------	------	-------	--------------	------

Validé par le biologiste

Dr. Aziz MOTAOUAKKIL
 Laboratoire d'Analyses Médicales
 517 Bd. Ibnou Sina , Casablanca
 Tel: 0522 95 05 34 . Fax: 0522 94 17 45
 Email : evolulab@jhotmail.com . n° RC : 287335