

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.

Nº W19-509685

34 715

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	OLYMPUS	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : MERZAO AHMED			
Date de naissance :	26/01/1966		
Adresse : 396 NAWRASS DARBOUAZZA CASA			
Tél. :	06 71 90 72 44	Total des frais engagés :	610 DH
Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Dr. BELAHMER Mohammed Fouad Dermatologue - Vénérologue Médecin Assermenté Prés des Tribunaux 72, Rue Abdellah Raji Place de Puy de Dôme Maârif - Casablanca			
Date de consultation : 21/10/2020 : 05 22 99 47 36			
Nom et prénom du malade : MERZAO Ahmed			
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Affection Dermatologique			
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 21/10/2020

Signature de l'adhérent(e) : J. Merzao

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
21/2/2020	CS	CS	250,00	INP : 091010181176 Dr. BELAHMER Mohammed Bouazza Dermatologue et Médecin Médecin Assermenté Prés des Tribunaux Dr Abdellah Raji Place de Puy de Dôme Casablanca Tél : 05 22 99 47 36

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Dr Bouazza Tél : 05 22 99 47 36	21/2/2020	361,00

ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Laboratoire Dr Bouazza Tél : 05 22 99 47 36	26/03/20	Blanc pur	230 DHs

AUXILIAIRES MEDICAUX

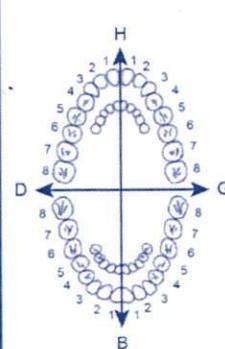
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : []
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		
G		

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		
G		

[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

Dr. BELAHMER MOHAMED FOUAD

DERMATO - VENEROLOGE

Spécialiste des Maladies de la Peau
du Cuir Chevelu et des Maladies
Sexuellement Transmissibles
Médecin Assermenté près des Tribunaux

الدكتور بلحمر محمد فؤاد

اختصاصي في أمراض الجلد
والشعر والأمراض التناسلية
طبيب محلف لدى المحاكم

Casablanca le 21/02/2020

n° NERZAQ Alimad

$$74,60 \times 3 = 223,80$$

- ERLUS el



$$29,00 \times 2 = 58,00$$

+ CYTEAL gel

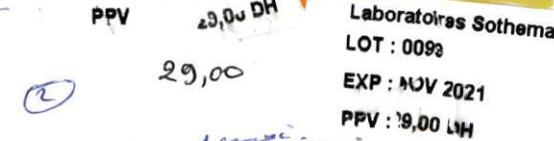
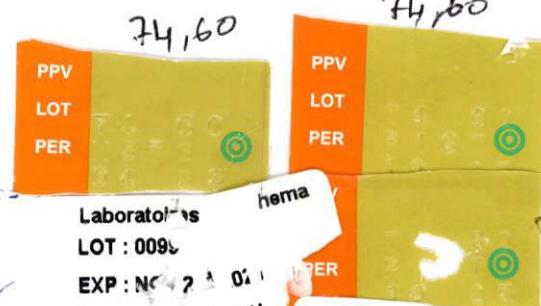
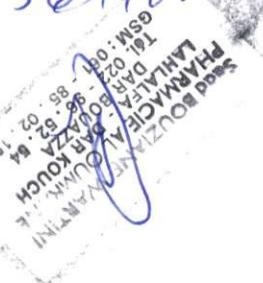


$$39,60 \times 2 = 79,20$$

- EXODERIL cream

collante la

361,00



LOT : M0027
EXP : AOU 2024
PPV : 39,60 DH

LOT : M0027
EXP : AOU 2024
PPV : 39,60 DH

*Dr. BELAHMER MOHAMED FOUAD
Dermatologue
Médecin Assermenté près des Tribunaux
72, Rue Abdellah Rajii Place de Puy de Dôme
Casablanca
Tél : 05 22 99 47 36*

Dr. BELAHMER MOHAMED FOUAD

DERMATO - VENEROLOGE

Spécialiste des Maladies de la Peau
du Cuir Chevelu et des Maladies
Sexuellement Transmissibles
Médecin Assermenté près des Tribunaux

الدكتور بلحمر محمد فؤاد

اختصاصي في أمراض الجلد
والشعر والأمراض التناسلية
طبيب متحلف لدى المحاكم

Casablanca le

n° 1ERZACE Almaz

Dosage des IgE totales.

Laboratoire Dar Bouazza
N° 25 Lot Sahli Dar Bouazza
Tél. : 05 22 29 27 39

Dr. BELAHMER Mohamed Fouad
Dermatologue - Vénérologue
Médecin assermenté près des Tribunaux
72, Rue Abdellah Rajii - Place du Puy de Dôme
Casablanca
Tél : 05 22 99 47 36

Facture

N° facture : 2020-0996

Edité le : 06/05/2020 12:01:21

Patient : Mr MERZAQ Ahmed

Date prélèvement : 06/05/2020

Analyses	Valeur en B	Montant
IgE totaux	200	268,00
Total B	200	268,00
APB	1,0	25,00
Déplacement		0,00
Remise		63,00
Total		230,00

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

Laboratoire Dar Bouazza
 N° 23 Lot. Sahel Dar Bouazza
 CASABLANCA
 Tel: +212 22 29 27 39

Dar  ouazza



Casablanca, le 18/01/2020

Compte rendu d'analyses

Dossier N° : 170120-001 Pvt du: 17/01/2020

Nom : Mr MERZAQ Ahmed

Demandé par Dr : BELAHMER MOHAMED FOUAD

Page : 1/2

HEMATOLOGIE

Valeurs Usuelles

Antériorité

NUMERATION FORMULE SANGUINE

(Technique : Sysmex XS-1000i)

Erythrocytes	:	4,90 M/ μ l	(4,5 - 6,2)	4,79 (27/02/19)
Hémoglobine	:	14,70 g/dl	(13 - 18)	14,40 (27/02/19)
Hématocrite	:	42,00 %	(40 - 54)	41,50 (27/02/19)
VGM	:	85,71 fL	(85 - 95)	86,64 (27/02/19)
TCMH	:	30,00 pg	(27 - 32)	30,06 (27/02/19)
CCMH	:	35,00 g/dl	(32 - 36)	34,70 (27/02/19)
Leucocytes	:	6310 /mm ³	(4000 - 10000)	5900 (27/02/19)

FORMULE LEUCOCYTAIRE

Polynucléaires Neutrophiles	:	63,4 % Soit	4001/mm ³	(1500 - 7000)	3434 (27/02/19)
Polynucléaires Eosinophiles	:	6,5 % Soit	410/mm ³	(Inférieur à 400)	248 (27/02/19)
Polynucléaires Basophiles	:	0,5 % Soit	32/mm ³	(Inférieur à 150)	18 (27/02/19)
Lymphocytes	:	20,9 % Soit	1319/mm ³	(1500 - 4000)	1522 (27/02/19)
Monocytes	:	8,7 % Soit	549/mm ³	(40 - 800)	678 (27/02/19)

PLAQUETTES

PLAQUETTES	:	175,00 10 ³ / μ l	(150 - 400)	162,00 (27/02/19)
------------	---	----------------------------------	---------------	-------------------

VITESSE DE SEDIMENTATION

Première heure	:	10 mm	(Inférieur à 10)
Deuxième heure	:	33 mm	(Inférieur à 20)

Dr. BAHRI Leyla

Mr MERZAQ Ahmed

Dossier N° : 170120-001

Page : 2/2

ALLERGOLOGIE

IgE totaux : 365,90 UI/ml

Adulte	: < 100
10 - 15 ans	: < 200
6 - 9 ans	: < 90
2 - 5 ans	: < 60
Nourrisson	: < 15
Nouveau - né	: < 1.5

Nous vous remercions de votre confiance

Dr. BAHRI Leyla

(+) N 23, Lot Sahel, Dar Bouazza, Casablanca (05 22 29 27 39 / 06 62 68 49 19 Fax) 05 22 96 57 60

mailto:darbouazza@gmail.com IF:20749662 - Pat. :32928202 - ICE: 001899921000001