

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.

Biologie 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

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 065397

ND: 35516

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : H.L.G.A. Société : R.A.M.

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HLILA HAKIMA

Date de naissance : 1/1/1963

Adresse : 279 Bd BRAHIM ROUDANI IM 6 Ap 20

maarif CASABLANCA

Tél. : 0661128650 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : HLILA HAKIMA Age :

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

Nature de la maladie :

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 : 09/08/2020

Signature de l'adhérent(e) : HLILA


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
	CG			Dr. CHEIKH SARA Néphrologie CHU Ibn Rochd - Casa

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
	17/04/22	29190	3200,15

AUXILIAIRES MEDICAUX

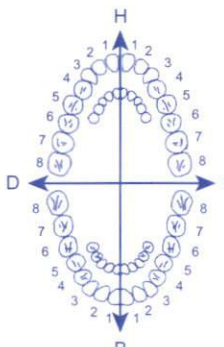
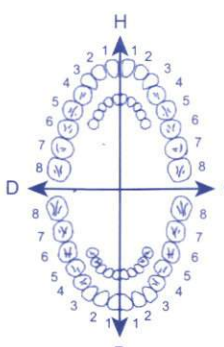
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

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>		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																
	[Création, remont, adjonction]		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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'EXEC



Royaume du Maroc
Ministère de la Santé
Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd
Hôpital Ibn Rochd - Casablanca

المملكة المغربية
وزارة الصحة
المركز الإستشفائي الجامعي ابن رشد
مستشفى ابن رشد - الدار البيضاء



BILLET D'EXAMEN

Date :

Prénoms - Nom du malade : Mme Hakim HILALI

Service : N° d'admiss.

NOUVELLE DEMANDE
NOUVELLE DEMANDE

Renseignements Cliniques	Résul
PCR	EBV



Le médecin Néphrologue
Dr. CHEIKH SARA
Néphrologie
CHU Ibn Rochd - Casablanca
Tél: 022 22 41 09

Dr. CHEIKH SARA
Néphrologie
CHU Ibn Rochd - Casa

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



Royaume du Maroc
Ministère de la Santé
Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd
Hôpital Ibn Rochd - Casablanca

المملكة المغربية
وزارة الصحة
المركز الإستشفائي الجامعي ابن رشد
مستشفى ابن رشد - الدار البيضاء




BILLET D'EXAMEN

Date :

Prénoms - Nom du malade : Mme Heila Hakima

Service : N° d'admission :

Renseignements Cliniques	Résultat d'Examen
<ul style="list-style-type: none">- Ag HBS, Ac Anti HBS.- Ac Anti HCV- Sérologie HIV,- Sérologie CMV	

Dr. CHEIKH SARA
Le médecin traitant
Néphrologie
CHU Ibn Rochd - Casa

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

FACTURE N° 2007173136
LABORATOIRE CASALAB PALMIER

Casablanca le 22-07-2020

INPE : 093002574

Mme Hakima HLILA

Demande N° 2007173136
Date d'examen : 17/07/2020

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
PSA-A	Prise de sang Adulte	E25	E
0317	Hépatite B: AgHBs	B120	B
0324	Hépatite C : Dépistage	B300	B
0329	HIV 1 + HIV (1 +2) Dépistage	B200	B
	Anticorps anti-HBs	B250	B
	Cytomegalovirus- IgG	B300	B
	Cytomégalovirus- IgM	B300	B
	Sérologie EBV IgG (Virus Epstein Barr)	B360	B
	Sérologie EBV IgM (Virus Epstein Barr)	B360	B

Total des B : 2190

Arrêtée la présente facture à la somme de : * **3200.50 DH** *
trois mille deux cents dirhams cinquante centimes



C

Dossier N° : **2007173136** Patient N° : A20120406353
Résultats de : **Mme Hakima HLILA**
Né(e) le : **01/01/1963 - 57 ans**
N° CIN :
179 BD BRAHIM ROUDANI CITE COURTIN
20000 CASABLANCA
0.00

Madame Le Dr SARA CHEIKH (
Néphro)
CHU IBNO ROCHD
20000 CASABLANCA

Edition du : 22-07-2020 à 12:05
Dossier enregistré le 17-07-2020 17:36 par MH

Prélèvement du 17/07/2020 à (heure non communiquée) par FIC
< Compte-rendu annule et remplace le rapport du 21/07/2020 validé techniquement par : GHA >

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

SEROLOGIE INFECTIEUSE

Cytomégalovirus IGG (RC) >500,00 U/ml
(ECLIA, COBAS 6000)

Domaine de référence COBAS 6000:

< 0.50	: Non réactif
Entre 0.50 et 1.00	: Douteux
> 1.00	: Réactif

Cytomégalovirus-CMV(IgM) 0,41 (<0,70)

Domaine de référence COBAS 6000:

< 0.40	: Négatif
Entre 0.40 et 0.80	: Douteux
> 0.80	: Positif

Commentaire :

Profil sérologique en faveur d'un contact antérieur
avec le virus CMV.

SEROLOGIE EBV -IgG (VIRUS EPSTEIN BARR)- Mononucléose infectieuse

IgG anti-EA

(Elisa Virotech- automate Triturus Ingen)

IgG anti-EBNA:

(Elisa Virotech- automate Triturus Ingen)

IgG anti-VCA

(Elisa Virotech- automate Triturus Ingen)

Négatif

POSITIF

POSITIF

Dossier n° 2007173136 - Mme Hakima HLILA

1 / 3

SEROLOGIE EBV -IgM (VIRUS EPSTEIN BARR)- Mononucléose infectieuse

IgM anti-EA:

(Elisa Virotech- automate Triturus Ingen)

Equivoque

IgM anti-EBNA:

(Elisa Virotech- automate Triturus Ingen)

Négatif

IgM anti-VCA:

(Elisa Virotech- automate Triturus Ingen)

Négatif

Conclusion:

Profil sérologique en faveur d'un contact antérieur
(>3mois) avec le virus EBV.

SEROLOGIE HIV 1 et 2

H.I.V.:

(Electrochimiluminescence ECLIA sur COBAS 6000)

Négatif

Domaine de référence COBAS 6000:

<0.90 : Négatif
Entre 0.90 et 1.00 : Douteux
>1.00 : Positif

SEROLOGIE DE L'HEPATITE B

Anticorps anti-HBs:

(MEIA)

POSITIF

03/05/2016

Indice : (RC)

>1 000.0 UI/L

(<10,0)

>1 000.0

Domaine de référence COBAS 6000:

< 10.0 UI/L : Absence d'Anticorps Anti-HBs
>10.0 UI/L : Titre protecteur

Antigène HBs:

(ECLIA, COBAS 6000.)

Négatif

03/05/2016

Indice:

0,37 S/Co

(<1,00)

0,84

(Négatif si <1.00)

SEROLOGIE DE L'HEPATITE C

Anticorps anti-HCV

(Electrochimiluminescence ECLIA sur COBAS 6000)

Négatif

Indice

0,04 S/Co

(<0,90)

03/05/2016

0,05

IMPORTANT :

En cas d'hépatite aiguë, une réponse négative ne signifie pas nécessairement que le VHC n'est pas en cause.

Dans 60% des cas environ, les anticorps ne se positivent que de façon retardée, entre 2 et 9 mois après l'élévation des transaminases ; il est donc conseillé de répéter la recherche.

(RC) : Résultat contrôlé

Validation biologique par : Le Dr M. JENANE

Dr K. OUAZZANI

Le Dr M. BEZZARI

