

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.

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° W19-577453

48433

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2288

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

LEMAIZI Noureddine

Date de naissance :

10.08.1953

Adresse :

336 Bd El Fida Casablanca

Tél. : 066 160 0068

Total des frais engagés : 12.20

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05/01/21

Nom et prénom du malade : Lemaizi Noureddine

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Appel au gynécologue

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le 24/01/2022

Profil optique de la mutuelle

Hôpital de la femme et de l'enfant

Centre hospitalier universitaire Hassan II

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
	07/10/2023	B 702	520,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

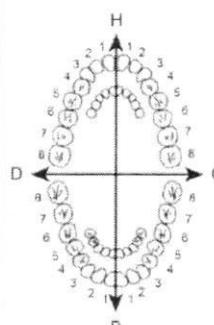
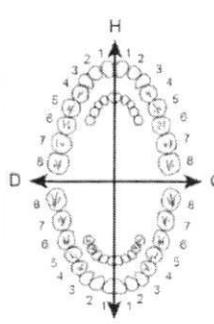
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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'ODDF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
					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			
		H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 G B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession					

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Dr. Youssef BENNANI
Prof. A. EL IDRISI
Hépatogastro-Entérologue
Endoscopie Digestive Interventionnelle
Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
GSM : +212 5 55 65 59 58
E-mail: elidrissi.lamghari@fckh.hck.ma

وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le 15/11/2016

LEMAIZI L GMS : 0212 5 55 65 59 58
E-mail: lemaizi.lamghari@fckh.hck.ma

- NFS
- TP - TCA
- Facteur V
- GOT - Pho.
- Alburnine.
- BILIT - BO - BI
- CRP.

Prof. A. EL IDRISI LAMGHARI
Gastroentérologue
Endoscopie Digestive Interventionnelle
Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
GSM : +212 5 55 65 59 58
E-mail: elidrissi.lamghari@fckh.hck.ma
10/11/2016

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° : 96796 / 2020 du 05/10/2020

Nom patient	LEMAIZI NOUREDDINE	Entrée	05/10/2020
	PAYANTS	Sortie	05/10/2020

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
- Consultation d'hépato-gastro-entérolog	1,00		300,00	300,00
Total Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : TROIS CENTS DIRHAMS	Total	300,00

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél.: 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 44 77
E-mail : contact@fclm.hsk.ma
N°INP 090061862

Anoual

Laboratoire de Biologie medicale
 Génétique moléculaire
 Radio immuno-analyse
 Diagnostic Prenatal
 Biologie de la Reproduction



أنوال

Docteur Jamal FEKKAK

Radio-biologiste

Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris
 Diplômé de l'Université Paris VII
 et de l'Institut Pasteur de Paris
 Biologiste Qualiticien

FACTURE N° 2010070042**Mr Noureddine LEMAIZI**

Demande N° 2010070042

Date de l'examen : 07-10-2020

Analyses :

Récapitulatif des analyses

<i>CN</i>	<i>Analyse</i>	<i>Val</i>	<i>Clefs</i>
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	B5	B
PSAD	Prélèvement sang adulte	E25	E
	Bilirubine Totale+ libre+conjuguée	B70	B
	CRP us	B100	B
	G.G.T.	B50	B
	Albumine	B60	B
	Phosphatase alcaline	B50	B
	FACTEUR V Dosage de l'activité	E250	E
	NF	B80	B
	TP	B40	B
	TCA	B40	B

Total des B : 495

TOTAL DOSSIER : 920 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :neuf cent vingt dirhams DH

**Il est Strictement Interdit de Changer les Noms,
 Prénoms et les Dates des Analyses.**

Date : 05/10/2022

Quittance - Paiement espèces **0514595**

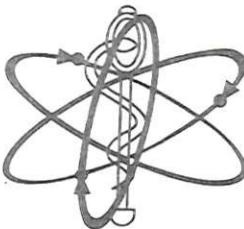
IPP :

N° D'admission :

Montant : 300.000

Patient : **ALMAI**





Mr Noureddine LEMAIZI

Né(e) le : 10-08-1953

Dossier N° : 2010070042

Date de l'examen : 07-10-2020

Prélevé le : 07-10-2020 09:17 en interne

Édité le : 07-10-2020

DR :

Adresse :

Page 1 / 2



ACCRÉDITATION
N° 8-3245
Portée disponible sur
www.cofrac.fr

Seules certaines prestations rapportées dans ce document sont couvertes par l'accréditation. Elles sont identifiées par le symbole [AC].

Hémogramme

Cytométrie de flux sur ABX Pentra (échantillon primaire : sang total EDTA)

Leucocytes [AC]

12.60 milliers/ μ l (4.00–10.00)

Hématies : [AC]

4.14 millions/ μ l (4.50–6.50)

Hémoglobine : [AC]

14.1 grs/dL (13.0–17.0)

Hématocrite : [AC]

39.5 % (40.0–54.0)

VGM : [AC]

95.0 μ 3 (80.0–100.0)

TCMH : [AC]

33.9 pg (27.0–32.0)

CCMH : [AC]

35.6 g/dl (32.0–36.0)

RDW : [AC]

17.3 % (11.0–16.0)

Polynucléaires Neutrophiles :

69.0 %

Soit:

8.69 milliers/mm³ (2.00–7.50)

Polynucléaires Eosinophiles :

2.4 %

Soit:

0.30 milliers/mm³ (0.00–0.50)

Polynucléaires Basophiles :

1.4 %

Soit:

0.18 milliers/mm³ (0.00–0.20)

Lymphocytes :

12.7 %

Soit:

1.60 milliers/mm³ (1.00–4.00)

Monocytes :

14.5 %

Soit:

1.83 milliers/mm³ (0.20–1.00)

Plaquettes : [AC]

224 milliers/ μ l (150–500)

HEMATOCYTOLOGIE

TAUX DE PROTHROMBINE

Temps de Quick Patient: [AC]

20.3 sec.

Temps de Quick Témoin: [AC]

13.2 sec.

Taux de Prothrombine [AC]

52 % (70–100)

(STAGO Satellite)

TCA Temps patient [AC]

39.6 sec. (24.0–35.0)

(STAGO Satellite)

TCA Temps témoin [AC]

30.0 sec.

HEMOSTASE

(échantillon primaire : plasma citraté)

Conseillé
Témoins

