

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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 caractère personnel.

21507

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1062 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Mohamed HATLA

Date de naissance :

07/01/1940

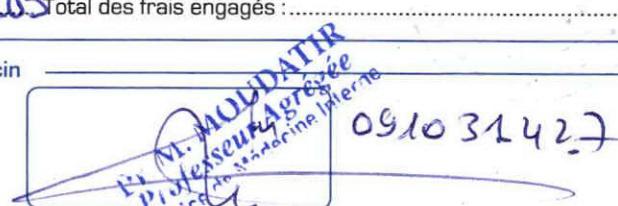
Adresse :

BLOC 85 NR 4 (6c) Caisa

Tél. : 06.49.65.16.83 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 27/01/2020

Nom et prénom du malade : Mo Italiine SOUKRATI Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Zo no

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) :



## **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
27/01/25	CS	20000		M. MOUDATI Professeur en exercice à la Médecine Interne

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Gépharisseur	Date	Montant de la Facture
	03/02/1985	953,50

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES :**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	2001300001 Jeudi 30 Janvier 2020 Lettre clé+cotatlon B 18 Montant Facturé: 120.02D	LABORATOIRE SBATA	120.02

## AUXILIAIRES MEDICAUX

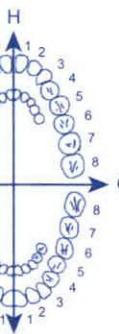
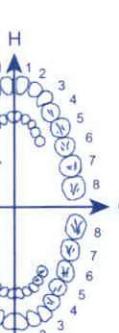
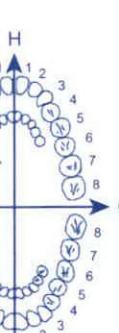
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## **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'ORL.

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 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B	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



IBN ROCHD  
Casablanca

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

Hôpital sans Tabac  
Fumer tue

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



مستشفى بدون تدخين  
التدخين يقتل

Casablanca, le : 03/02/2020

## ORDONNANCE

Docteur :

M<sup>me</sup> SOUKRATI Halima

49600

1) Cymbalhet cp 60mg



152.50 x 3 141j 3mls

2) Valex cp 500

1cp x 2 j



95350

M. MOUDATI  
Professeur à l'APRES  
Service de Médecine Interne



CONSERVER A TEMPERATURE &lt; 30 DEGRES

Boute de 7, boute de 14 et boute de 42 comprimes doses à 500 mg  
Liste I (tableau A)

## FORMES ET PRESENTATIONS

Se conformer strictement à l'ordonnance de votre médecin  
Mode d'emploi et posologie

Le produit est susceptible d'interagir avec certains médicaments ayant une toxicité potentielle sur le rein (immunosuppresseurs, ...). Si vous prenez un autre médicament, signalez-le toujours au médecin ou au pharmacien. Pendant ce traitement, ne prenez aucun autre médicament sans avis médical.

Contactez votre médecin traitant ou le centre antipoison le plus proche.

Les principaux signes de surdosage sont des troubles digestifs et neurologiques. En cas de douleur,

contacter le centre antipoison le plus proche.

Ce produit est recommandé à votre médecin à tout moment de nombreuses effets secondaires. Signalez toute manifestation anormale à votre médecin traitant.

## PRECUTION D'EMPLOI

Si vous souffrez la survenue de nombreux effets secondaires. Signalez toute manifestation anormale à votre médecin traitant.

Le médicament est suspectible de favoriser la survenue de nombreux effets secondaires. Signalez toute

## EFFECTS INDESSIRABLES

Signalez à votre médecin si vous souffrez de malaises renale ou hépatique.

Ce médicament est contre-indiqué en cas d'allergie à l'un des constitutants ou à l'aciclovir.

## CONTRE-INDICATIONS

Ce médicament est utilisé en prévention contre le zona, certaines infections à cytomegalovirus (CMV) et herpes génital. Il peut aussi être utilisé dans le traitement de herpes génital.

Antiviral à usage systémique (J : anti-infectieux).

## PROPRIETES

Excipients (don't lactose) .....  
Vitamin D3 .....  
500 mg comprimé

## COMPOSITION



— ପାଇଁ କାହାର କାହାର କାହାର —  
କାହାର କାହାର କାହାର କାହାର

ଶତମାନ 30 ଟଙ୍କା କିମ୍ବା କିମ୍ବା

(A) ଟଙ୍କା 1

ଟଙ୍କା 500 କି ଲାଲ 42 ଟଙ୍କା 14 ଟଙ୍କା 7  
କାହାର କାହାର

କାହାର କାହାର କାହାର

କାହାର କାହାର କାହାର

କାହାର କାହାର କାହାର କାହାର କାହାର  
କାହାର କାହାର କାହାର କାହାର କାହାର  
କାହାର କାହାର କାହାର କାହାର  
କାହାର କାହାର କାହାର କାହାର

କାହାର କାହାର କାହାର କାହାର  
କାହାର କାହାର

କାହାର କାହାର କାହାର କାହାର

କାହାର କାହାର କାହାର କାହାର  
କାହାର କାହାର

କାହାର କାହାର କାହାର କାହାର  
କାହାର କାହାର

କାହାର କାହାର କାହାର (କାହାର)

କାହାର

କାହାର କାହାର (କାହାର)

କାହାର

କାହାର

LOT 19007  
PER 7/22  
P - V 1-6-2015

152.50

500



— የዚህ አገልግሎት በመስጠት ስለሚከተሉት የሚከተሉት ደንብ ነው —

የመሆኑ የሚከተሉት ደንብ ነው፡፡ 30

(አገልግሎት) I

የመሆኑ የሚከተሉት ደንብ ነው፡፡ 500

የመሆኑ የሚከተሉት ደንብ ነው፡፡

የመሆኑ የሚከተሉት ደንብ ነው፡፡ 152,50

152,50  
LOT 13011  
PER 12/21  
PPV 1520H51

የመሆኑ የሚከተሉት ደንብ  
005 ስም



Ministère de la Santé

C.H.U Ibn Rochd - Casablanca

Quittance

Hôpital Ibn Rochd

Formation :

Reçu de M :

La somme de :

NATURE DE LA RECETTE	SOMME
2038	
Total	2038

N° 412285

le 22/01/20

Signature du  
Régisseur et Cachet



IBN ROCHD

ابن رشد

Casablanca

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 : 24 / 01 / 2020

Prénoms - Nom du malade : Mme SOUKRATI Halima.

Service : N° d'admission :

Renseignements Cliniques	Résultat d'Examen
- GOT - GPT	
- NFS avec couvrol ol la formule blanche sur la	

Le médecin traitant

Pr. M. MOUDATIR  
Professeur Agrégée  
Service de Médecine Interne

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

LABORATOIRE SBATA  
Mme SOUKRATI EP HATLA Halim  
01-01-1968

ORÉONANCE  
2001300001

Centre d'Analyses Médicales  
Dr ALEFATH ABDELLAH  
Dr MEDECIN BILOGISTE  
Dr DRISS BILOGISTE  
Dr HAFID C.D. CASA



مركز التحاليلات الطبية سباتة  
CENTRE D'ANALYSES MEDICALES SBATA

Docteur Abdelwahab AL FATH  
Médecin Biologiste

الدكتور عبد الوهاب الفتح  
طبيب مخبرى

05 22 38 02 60 — 05 22 65 28 07 — سباتة - البيضاء -  
Patente N° : 33990016 - I.F. N° : 2860162 - CNSS N° : 6771986 - R.C. N° : 131577  
E-mail : laboratoire.sbata@gmail.com

ICE : 000192003000084

FACTURE N° : 200130-0001

Mme Halima SOUKRATI EP HATLA

Prescription : Pr M MOUDATIR

Date de l'examen : 30/01/2020



Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
	Transaminases GPT/ALAT	B50	B
	Numeration formule sanguine	B80	B
	Transaminases GOT/ASAT	B50	B

Montant Facturé

120.02Dhs

Arrêtée la présente facture à la somme de : cent vingt dirhams deux centimes



**مركز التحاليل الطبية سباتة**  
**CENTRE D'ANALYSES MEDICALES SBATA**

Docteur Abdelwahab AL FATH  
 Médecin Biologiste

05 22 38 02 60 - 05 22 56 28 07 - شارع ابريس العارشي - سباتة - البريد رقم 642  
 Patente N° : 33990016 - I.F N° : 2860162 - CNSS N° : 6771986 - R.C. N° : 131677  
 E-mail : laboratoire.sbata@gmail.com

الدكتور عبد الوهاب الفتح  
 طبيب مخبرى

Dossier N° : 200130-0001

Mme Halima SOUKRATI EP HATLA

Né(e) le : 01/01/1968/ 52 ans

Prescription : Pr M MOUDATIR

Date de l'examen : 30/01/2020



## HEMATOCYTOLOGIE

### HEMOGRAMME

Résultat en fonction du sexe et de l'âge du patient

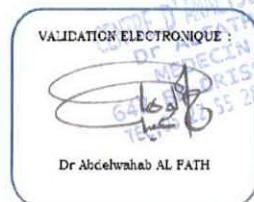
27/11/2019

Hématurie	4.07	Millions/mm <sup>3</sup>	(3.80–5.40)	3.90
<b>HEMOGLOBINE</b>	<u>12.6</u>	g/dl	(12.5–15.5)	12.1
Hématocrite	37.5	%	(37.0–47.0)	35.2
V.G.M	92.1	μm	(82.0–98.0)	90.3
T.G.M.H	31.0	pg	(27.0–32.0)	31.0
C.C.M.H	33.6	%	(32.0–36.0)	34.4
<b>PLAQUETTES</b>	<u>207</u>	Milliers/mm <sup>3</sup>	(150–450)	193
<b>LEUCOCYTES</b>	<u>3.83</u>	Milliers/mm <sup>3</sup>	(4.00–10.00)	3.95
Neutrophiles	51.4	%	(45.0–70.0)	68.6
	1.969	Milliers/mm <sup>3</sup>	(1.800–8.000)	2.710
Lymphocytes	32.9	%	(20.0–40.0)	17.0
	<u>1.260</u>	Milliers/mm <sup>3</sup>	(1.500–4.500)	0.672
Monocytes	13.6	%	(0.0–9.0)	13.4
	0.521	Milliers/mm <sup>3</sup>	(0.000–0.800)	0.529
Eosinophiles	1.6	%	(0.0–4.0)	1.0
	0.061	Milliers/mm <sup>3</sup>	(0.000–0.400)	0.040
Basophiles	0.5	%	(0.0–2.0)	0.0
	0.019	Milliers/mm <sup>3</sup>	(0.000–0.200)	0.000

### ANOMALIES CYTOLOGIQUES

(Frottis/ Messages d'analyseur)

- Anisocytose érythrocytaire
- La formule blanche a été vérifiée sur lame



## BIOCHIMIE SANGUINE

Transaminases GOT /ASAT	22.4	UI/L	(<35.0)	29/10/2019 22.6
Transaminases GPT/ALAT	16.6	UI/L	(<35.0)	29/10/2019 15.6

### Compte-rendu complet

