

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 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- 0046626

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4812 Société : RAM.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : LAZRAK SAAD.
Date de naissance : 24.04.53
Adresse : 13 Rue OUKIKA - HAY JALAM CASABLANCA.
Tél. : 06.61318652 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 8/05/2020
Nom et prénom du malade : LAZRAK SAAD. Age : 67 ans
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Intussusception
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 : 8/5/2020
Signature de l'adhérent(e) :

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
8/5/2020		2	2000	

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
	13/05/20	B 880 + p.r.v.t	605 DHS

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 :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'OC

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 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

مركز الكلية الإصطناعية ابن سينا
Centre de Néphrologie, Hemodialyse Avicenne

Dr. Khadija HACHIM

Professeur en Néphrologie - Hemodialyse

Ex Enseignante à la Faculté

de Médecine Casablanca

INP : 091031807



الدكتورة خديجة هاشم

اختصاصية في أمراض الكلى

والتصفية الإصطناعية

أستاذة بكلية الطب بالدار البيضاء سابقا

Casablanca, le

8/5/2020

Lazrak Soud.

- Anticyp anti HRS
- Mee- uedme- cademie
- fibrocytémie

- NFS

- Ferrétième

- PTH

Laboratoire Dar Bouazza
N° 23 Lot Sahel Dar Bouazza
CASABLANCA
Tél. : 05 22 23 39

05 22 23 38 35 / 36 - 05 22 99 49 92 - Fax : 05 22 99 49 93 - E-mail : hachim-khadija@hotmail.fr

Mr LAZRAK Saad

Dossier N° : 130520-002

BIOCHIMIE

		Valeurs Usuelles	Antériorité
Ferritine	: 177,54 ng/ml	(12 - 300)	435,68 (13/11/19)
(Technique : ELFA Mini Vidas Biomérieux)			
Calcémie J1	: 95,31 mg/l	(86 - 103)	98,90 (13/11/19)
Phosphorémie J1	: 37,00 mg/l	(25 - 45)	44,25 (13/11/19)
Urée	: 1,26 g/l	(0,15 - 0,5)	1,32 (13/11/19)
Créatininémie	: 92,28 mg/l	(6,7 - 11,7)	124,04 (13/11/19)
(Technique : Enzymatique (Changement de technique depuis le 03/12/2018))			

ENDOCRINOLOGIE

		Valeurs Usuelles	Antériorité
Parathormone intacte	: 174,60 pg/ml	(15 - 65)	210,70 (13/11/19)

IMMUNOLOGIE-SEROLOGIE

HEPATITE B : Ag HBs

(Technique : ELFA MINI VIDAS BIOMERIEUX)

Index	: 0,00
< 0,13 : Négatif	
>ou= 0,13 : Positif	
Interprétation	: Négatif

Nous vous remercions de votre confiance

Laboratoire Dar Bouazza
N° 23 Lot Sahel Dar Bouazza
Dr BAHRI Leyla
CASABLANCA
Tél. : 05 22 29 27 39



Casablanca, le 14/05/2020

Compte rendu d'analyses

Dossier N° : 130520-002 Pvt du: 13/05/2020

Nom : Mr LAZRAK Saad

Page : 1/2

HEMATOLOGIE

Valeurs Usuelles

Antériorité

NUMERATION FORMULE SANGUINE

(Technique : Sysmex XS-1000i)

Erythrocytes	:	3,67 M/ μ l	(4,5 - 6,2)	3,98 (29/02/20)
Hémoglobine	:	11,60 g/dl	(13 - 18)	12,40 (29/02/20)
Hématocrite	:	34,20 %	(40 - 54)	38,60 (29/02/20)
VGM	:	93,19 fL	(85 - 95)	96,98 (29/02/20)
TCMH	:	31,61 pg	(27 - 32)	31,16 (29/02/20)
CCMH	:	33,92 g/dl	(32 - 36)	32,12 (29/02/20)
Leucocytes	:	8130 /mm ³	(4000 - 10000)	7200 (29/02/20)
FORMULE LEUCOCYTAIRE				
Polynucléaires Neutrophiles	:	48,9 % Soit 3976/mm ³	(1500 - 7000)	4068 (29/02/20)
Polynucléaires Eosinophiles	:	3,6 % Soit 293/mm ³	(Inférieur à 400)	209 (29/02/20)
Polynucléaires Basophiles	:	0,2 % Soit 16/mm ³	(Inférieur à 150)	29 (29/02/20)
Lymphocytes	:	35,1 % Soit 2854/mm ³	(1500 - 4000)	2074 (29/02/20)
Monocytes	:	12,2 % Soit 992/mm ³	(40 - 800)	821 (29/02/20)
PLAQUETTES	:	299,00 10 ³ / μ l	(150 - 400)	260,00 (29/02/20)

Laboratoire Dar Bouazza
Dr. BAHRI Leyla
N° 2301 Dar Bouazza
CASABLANCA
Tél. : 05 22 29 27 39

Facture

N° facture : 2020-1037

Edité le : 13/05/2020 10:07:44

Patient : Mr LAZRAK Saad

Date prélèvement : 13/05/2020

Analyses	Valeur en B	Montant
NUMERATION FORMULE SANGUINE	80	107,20
Ferritine	250	335,00
Calcémie J1	30	40,20
Phosphorémie J1	40	53,60
Urée	30	40,20
Créatininémie	30	40,20
PARATHORMONE INTACTE	300	402,00
HEPATITE B : Ag HBs	120	160,80
Total B	880	1 179,20
APB	1,0	25,00
Déplacement		0,00
Remise		599,20
Total		605,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : Six Cent Cinq dirhams ***

Laboratoire Dar Bouazza
N° 23 Lot. Sahel Dar Bouazza
CASABLANCA
Tel. 05 22 29 27 39