

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

N° W19-544269

Bob G988

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **0707**

Société :

DAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **AIT LAKHDAZ Mehdi**

Date de naissance : **01/01/1944**

Adresse : **36 Abou Ishaq el ouajjat apt 6**

maison Casablanca

0663.607838

Total des frais engagés : **930,00** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **29/12/2010**

Nom et prénom du malade :

AIT LAKHDAZ Meida

Age : **42 Ans**

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

SEP

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**

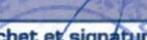
Le : **18/04/2011**

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
29/12/2020				INP : 00000000000000000000000000000000

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
LAMPAUDIN Aphrodisiaque Normalisant	29/12/2011	663,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
400, Bd Bourguiba Roudani - TUNISIA Tél: 022 21 35 01 	25 MARS 2021	B A 90 + DC	266,00 DT

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE													
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 : <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 PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D	B	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	G												
25533412 00000000	21433552 00000000												
D	B												
35533411	11433553												
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>								
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>								
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>								

Hôpital sans Tabac
Fumer tue



مستشفى بدون تدخين
التدخين يقتل

Casablanca, le : 29/12/2020.

ORDONNANCE

Docteur :

Ait Lakhdar Ismaïl

294.00x2

1. Imurel 50 mg q.p.

262 1 - 0 - 1

2. Acfol 5mg q.p.

4960 1 - 0 - 0

3. D-cure 100 00

1 amp 1 mois

663,80

m de 3 mois

IMUREL® 50 mg, comprimé pelliculé
Boîte de 100
AMM N° 463/17 DMP / 21 / NRQ
PPV: 294,00 DH
Distribué par Laboratoires
SOTHEMA BOUSKOURA
Sous licence des laboratoires ASPEN

6 118001 071456

IMUREL®
des Familles Angle
andie et Imam Tabarani
cas - Tél: 0522.25.0.50

IMUREL® 50 mg, comprimé pelliculé
Boîte de 100
AMM N° 463/17 DMP / 21 / NRQ
PPV: 294,00 DH
Distribué par Laboratoires
SOTHEMA BOUSKOURA
Sous licence des laboratoires ASPEN

6 118001 071456

LOT: 14220003
PER: 01/2024
PPU: 26,20 DH

PPV: 49,60 DH
LOT: 2026
EXP: 10/2023



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

الملكة المغربية
وزارة الصحة
المراكز الاستشفائية الجامعية ابن رشد
مستشفى ابن رشد - الدار البيضاء



Hôpital sans Tabac
Fumer tue

مستشفى بدون تدخين
التدخين يقتل

Casablanca, le : 29/12/2020

ORDONNANCE

Docteur :

AIT lakhdar Leila

1. N FS, PA

2. ASAT, ALAT



مختبر التحاليل الطبية المعاريف
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES MAARIF

Dr. Abderrazzak ZIZI
Pharmacien Biologiste
Diplômé de la Faculté de Pharmacie de Reims



Casablanca le 25-03-2021

Mlle AIT LAKHDAR Leila

FACTURE N° A210300612

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Traitemet échantillon sanguin	E25	E
0146	Transaminases O (TGO)	B50	B
0147	Transaminases P (TGP)	B50	B
0216	Numération formule	B80	B

Total des B : 180

TOTAL DOSSIER : 266.20 DH

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



LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES MAARIF

Dr. Abderrazzak ZIZI

Pharmacien Biologiste

Diplômé de la Faculté de Pharmacie de Reims



Casablanca le : 25-03-2021

Mlle AIT LAKHDAR Leila

Code : 16060548

Référence : A210300612

Du : 25-03-2021

Prescripteur : Dr KHÔMSI Issam

Normes

Antériorités

HEMATOLOGIE**HEMOGRAMME**Numération Globulaire

			28-12-2020
Hématies	4.1	M/mm ³	(4.0-5.3)
Hémoglobine	12.6	g/dL	(12.5-15.5)
Hématocrite	37	%	(37-46)
VGM	90	μ ³	(80-95)
TCMH	31	pg	(28-32)
CCMH	34	g/100mL	(30-35)

Formule leucocytaire

Leucocytes	4 590	/mm ³	(4 000-10 000)	4 360
Neutrophiles	2 157	/mm ³	(1 500-7 500)	2311
Eosinophiles	92	/mm ³	(<400)	44
Basophiles	0	/mm ³	(<100)	0
Lymphocytes	1 974	/mm ³	(1 500-4 000)	1657
Monocytes	367	/mm ³	(200-1 000)	349

Numération plaquetttaire

Plaquettes	264 000	/mm ³	(150 000-400 000)	277 000
Volume Plaquettaire Moyen	9.0	fl	(6.0-11.0)	8.9



مختبر التحاليل الطبية المعريف
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES MAARIF

Casablanca le : 25-03-2021

Mme AIT LAKHDAR Leila

Code : 16060548

Référence : A210300612

Normes

Antériorités

BIOCHIMIE SANGUINE

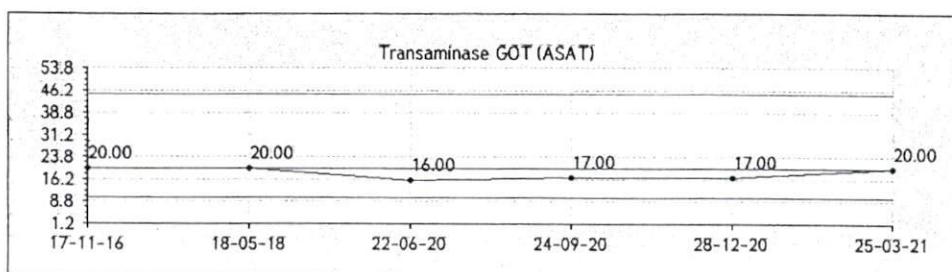
28-12-2020

Transaminase GOT (ASAT)

20 UI/L

(10-45)

17



28-12-2020

Transaminase GPT (ALAT)

16 UI/L

(10-35)

11

