

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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

Nº M21- 0037212

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3087 Société : RPM (2221)

Actif Pensionné(e) Autre : N.V.C

Nom & Prénom : RATTAB HAFIDH

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 63 13 77 09 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01 Mai 2021

Nom et prénom du malade : EL HATTAB EL JEBRAWILI FAOUZI

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : malaises

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 : Le : / /

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
01 Mai 2021	02		300 Dhs	Dr. A. F. EL KHALIFI NEUTROLOGUE Résidence Les Fleurs 59, Buzzaqouine, Césa

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MÉDICAUX

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

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																																						
		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2" style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"><hr/></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="3" style="text-align: center;">B G</td> <td></td> </tr> </table>			H		25533412		21433552			00000000			00000000			<hr/>						D		00000000						35533411	11433553			B G				COEFFICIENT DES TRAVAUX
H		25533412		21433552																																				
		00000000			00000000																																			
		<hr/>																																						
		D		00000000																																				
				35533411	11433553																																			
		B G																																						
		<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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'EXÉCUTION

Dr. EL KHALIDY A. FARID
NEUROLOGUE

Ancien Maitre Assistant
au CHU Ibn Rochd - Casablanca

" Résidence les Fleurs "
59. Bd. Zerkouni - CASABLANCA

Tél. { 05 22 20 19 63
05 22 27 91 37

الدكتور الخالدي احمد فريد

اختصاصي في امراض الجهاز العصبي والعضلات

أستاذ مساعد سابق بالمركز الصحي الجامعي
بن رشد بالبيضاء

«إقامة الزهور»

59 . شارع الزرقطوني - الدارالبيضاء

05 22 20 19 63 }
الهاتف { 05 22 27 91 37

Casablanca, le : 04. MAI. 2021



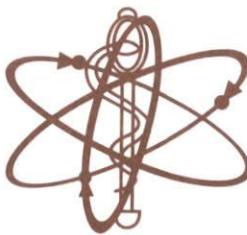
Dr. El Hédi Hédi
El Ghoulia
Fathia

Douhane
Driss
Tefekh

Dr. A.F. EL KHALIDY
NEUROLOGUE
Résidence Les Fleurs
59. Bd. Zerkouni - Casablanca

Anoual

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



مختبر 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

Mme Fatiha EL HATTAB EL IBRAHIMI

Né(e) le : 30-11-1960

Dossier N° : 2105050028

Date de l'examen : 05-05-2021

Prélevé le : 05-05-2021 11:47 en interne

Édité le : 12-05-2021

DR : A.FARID EL KHALIDY

Adresse : LES FLEURS 59 BD ZERKTOUN CASABLANCA

Page 1 / 1



ACCREDITATION
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].

IONOGRAMME SANGUIN

Echantillon primaire : plasma hépariné

Sodium (Na)

(ISE Indirect- Cobas 6000® Roche)

Changement de technique et de valeurs normales à partir du 30-10-2017.

140 mEq/l (136-145)

140 mmol/l (136-145)

Potassium (K) [AC]

(ISE indirect Cobas 6000® Roche)

4.0 mEq/l (3.4-4.5)

4.0 mmol/l (3.4-4.5)

Chlore (Cl) [AC]

(ISE indirect Cobas 6000® Roche)

104 mEq/l (98-107)

Bicarbonates

(Enzymatique- Ccbs 6000® Roche)

29.9 mmol/l (22.0-29.0)

05-08-2020

Calcium [AC]

(o-Cresolphthaleine complexon- Cobas 6000® Roche)

94 mg/l (86-102)

2.35 mmol/l (2.15-2.54)

91

05-08-2020

Protéines totales [AC]

(Biuret- Cobas 6000® – Roche)

64 g/l (66-87)

65

Changement de technique et de valeurs normales à partir du 26-08-2017.

ANALYSES TRANSMISES

CARBAMAZEPINE : (1)

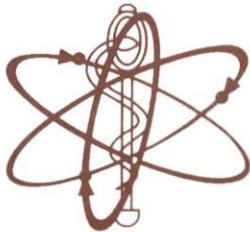
Voir compte rendu ci-joint

(1) Labo. exécutant : CERBA - ()



Anoual

Laboratoire de Biologie medicale
 Genetique moleculaire
 Radio immuno-analyse
 Diagnostic Prenatal
 Biologie de la Reproduction



مختبر 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° 2105050028

Mme Fatiha EL HATTAB EL IBRAHIMI

Demande N° 2105050028
 Date de l'examen : 05-05-2021
 Analyses :

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	B5	B
PSAD	Prélèvement sang adulte	E25	E
	Calcium	B30	B
	Potassium	B30	B
	Protéines totales	B30	B
	Sodium	B30	B
	Chlore	B30	B
	CARBAMAZEPINE	E350	E
	Bicarbonates	B40	B

Total des B : 195

TOTAL DOSSIER : 630 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :six cent trente dirhams
 DH

