

# 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.

## Biologie 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.

## Education :

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.

## Prothèse :

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

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° M21- 0037212

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3087 Société : Rpm 22521

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Vke

Nom & Prénom : FATIHA EL HATTAB

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : 06 63 13 72 09 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 04 Mai 2021

Nom et prénom du malade : EL HATTAB EL HATTAB

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Malaise

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) : .....

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019





# 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
04 Mai 2021	ca		300 DH	Dr. A. F. EL KHAYAT NEUROLOGUE Résidence Les Fleurs 59, Boulevard Zekouh Casa

# 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
	04/05/21	Burgh	630 DH

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ 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 <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 G 35533411 11433553 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				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. EL KHALIDY A. FARID**  
**NEUROLOGUE**

Ancien Maître Assistant  
au CHU Ibn Rochd - Casablanca

“ Résidence les Fleurs “  
59. Bd. Zerktouni - CASABLANCA

Tél. { 05 22 20 19 63  
05 22 27 91 37 }

**الدكتور الخالدي احمد فريد**

اختصاصي في امراض الجهاز العصبي والعضلات

أستاذ مساعد سابقا بالمركز الصحي الجامعي  
ابن رشد بالبيضاء

«إقامة الزهور»

59 . شارع الزرقتوني - الدار البيضاء

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

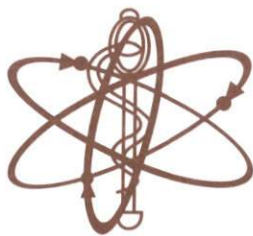
Casablanca, le : 04 MAI 2021



Dr. El Hachem  
El Bouhassine  
Filiou

Donner  
à  
M. El Hachem  
Filiou

Dr. A. EL KHALIDY  
NEUROLOGUE  
Résidence Les Fleurs  
59, Bd. Zerktouni - Casa



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

Edité 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

<b>Sodium (Na)</b>	140 mEq/l	(136-145)
(ISE Indirect- Cobas 6000® Roche)	140 mmol/l	(136-145)
Changement de technique et de valeurs normales à partir du 30-10-2017.		
<b>Potassium (K) [AC]</b>	4.0 mEq/l	(3.4-4.5)
(ISE indirect Cobas 6000® Roche)	4.0 mmol/l	(3.4-4.5)
<b>Chlore (Cl) [AC]</b>	104 mEq/l	(98-107)
(ISE indirect Cobas 6000® Roche)		
<b>Bicarbonates</b>	29.9 mmol/l	(22.0-29.0)
(Enzymatique- Cobas 6000® Roche)		

05-08-2020

<b>Calcium [AC]</b>	94 mg/l	(86-102)
(o-Cresolphthaleine complexon- Cobas 6000® Roche)	2.35 mmol/l	(2.15-2.54)

91

05-08-2020

<b>Protéines totales [AC]</b>	64 g/l	(66-87)
(Biuret- Cobas 6000® - Roche)		

65

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

## ANALYSES TRANSMISES

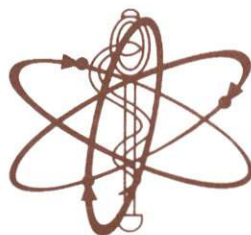
CARBAMAZEPINE : (1)

Voir compte rendu ci-joint

(1) Labo. exécutant : CERBA - ()

*Confiance*  
*Fekak*



**FACTURE N° 2105050028**

**Mme Fatiha EL HATTAB EL IBRAHIMI**

Demande N° 2105050028

Date de l'examen : 05-05-2021

Analyses :

## Récapitulatif des analyses

Recapitulatif des analyses		Val	Clefs
CN	Analyse		
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

