

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

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 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- 0054167

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0707 Société : DAM 83197

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : AIT LAKHIDAR Mehdi

Date de naissance : 01/01/1944

Adresse : 36 Abdou Isahak elovaggar apt 6 Maarif Casablanca

Tél. : 0663607838 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05/08/2021

Nom et prénom du malade : Ait Lakhidar Leila Age : 42

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie : 887

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 : 03/09/2021

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
05-8-2021				INP 0780005742

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	5/8/21	663,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	02 AOUT 2021	8780+P	266,40

AUXILIAIRES MEDICAUX

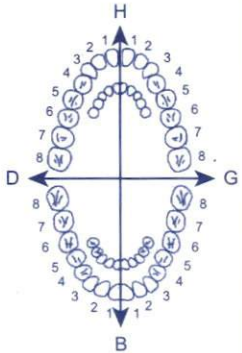
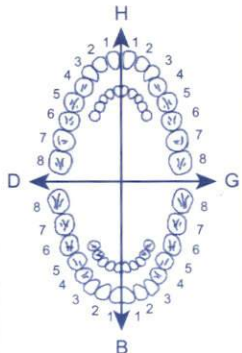
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX														
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			MONTANTS DES SOINS
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction]																	
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																		
				DATE DU DEVIS														
				DATE DE L'EXECUTION														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Hôpital sans Tabac
 Fumer tue

مستشفى بدون تدخين
 التدخين يقتل

Casablanca, le : 05 - 8 - 2021

ORDONNANCE

Docteur :

Dr. La Khedar Leila

Imurel 500g

234,50



Acfol 500g

LOT: 14221006
 PER: 04/2025
 PPU: 26,20 DH

PHARMACIE MERYEM
 Pharmacie des Familles Angle-Rues
 de Normandie et Imam Tabarani
 Casablanca - Tél: 0522.25.05.60

496,50

(3)

D cure 100 000

PPV: 49,60 DH
 LOT: 21F22
 EXP: 06/2024

663,50

1 amp / mo

Tu³ de (3) mo

UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE - Liste I.

IMUREL® 50 mg, comprimé pelliculé

Boîte de 100

AMM N° 483/17 DMP / 21 / NRQ

PPV: 294,00 DH

Distribué par Laboratoires

SOTHEMA BOUSKOURA

Sous licence des laboratoires ASPEN



IMUREL® 50 mg, comprimé pelliculé

Boîte de 100

AMM N° 483/17 DMP / 21 / NRQ

PPV: 294,00 DH

Distribué par Laboratoires

SOTHEMA BOUSKOURA

Sous licence des laboratoires ASPEN





BILLET D'EXAMEN

Date : 06-03-2021

Prénoms - Nom du malade : Leila At Lakhdar

Service : 800 N° d'admission :

Renseignements Cliniques	Résultat d'Examen
<p>NR8 + Re</p> <p>18 AT - 12 AT</p>	<p>LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES</p> <p>Dr. ZIZI A.</p> <p>400, Bd Brahim</p> <p>Roudan - CASA</p> <p>Tel: 05 22 23 35 61</p> <p>MAARIF</p>

Dr. ABDELLAH BACHA
Le médecin traitant
CHU Ibn Rochd Casablanca

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

08/28

مختبر التحاليل الطبية المعاريف
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES MAARIF

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



Casablanca le 02-08-2021

Mlle AIT LAKHDAR Leila

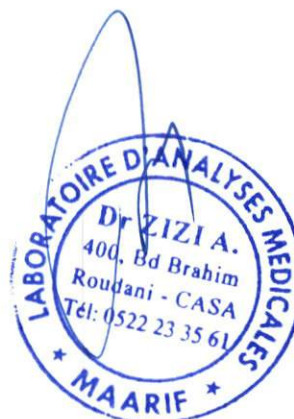
FACTURE N° A210800028

Récapitulatif des analyses			
CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Traitement 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



Dr. Abderrazzak ZIZI

Pharmacien Biologiste

Diplômé de la Faculté de Pharmacie de Reims



Casablanca le : 02-08-2021

Mlle AIT LAKHDAR Leila

Code : 16060548

Référence : A210800028

Du : 02-08-2021

Prescripteur : Dr ABDALLAOUI MAHA

Normes

Antériorités

HEMATOLOGIE

HEMOGRAMME

Numération Globulaire

				25-03-2021
Hématies	3.9	M/mm ³	(4.0-5.3)	4.1
Hémoglobine	11.6	g/dL	(12.5-15.5)	12.6
Hématocrite	35	%	(37-46)	37
VGM	90	μ ³	(80-95)	90
TCMH	30	pg	(28-32)	31
CCMH	33	g/100mL	(30-35)	34

Formule leucocytaire

Leucocytes		4 080 /mm ³	(4 000-10 000)	4 590
Neutrophiles	53 % soit	2 162 /mm ³	(1 500-7 500)	2157
Eosinophiles	2 % soit	82 /mm ³	(<400)	92
Basophiles	1 % soit	41 /mm ³	(<100)	0
Lymphocytes	37 % soit	1 510 /mm ³	(1 500-4 000)	1974
Monocytes	7 % soit	286 /mm ³	(200-1 000)	367

Numération plaquettaire

Plaquettes	249 000 /mm ³	(150 000-400 000)	264 000
Volume Plaquettaire Moyen	8.9 fl	(6.0-11.0)	9.0



مختبر التحاليل الطبية المعاريف
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES MAARIF

Casablanca le : 02-08-2021

Mlle AIT LAKHDAR Leila

Code : 16060548

Référence : A210800028

Normes

Antériorités

BIOCHIMIE SANGUINE

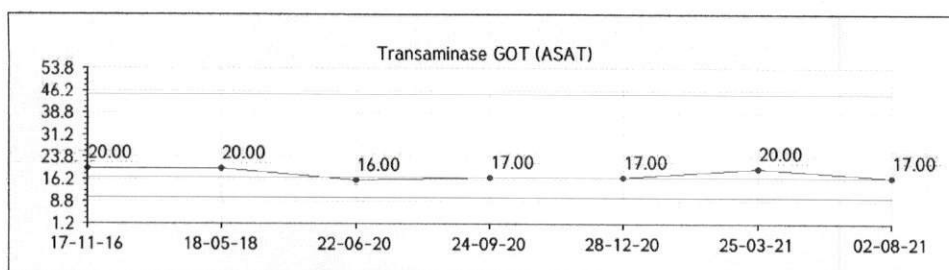
Transaminase GOT (ASAT)

17 UI/L

(10-45)

25-03-2021

20



Transaminase GPT (ALAT)

13 UI/L

(10-35)

25-03-2021

16

