

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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

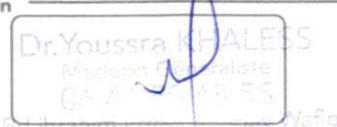
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

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

N° W19-488511

85683

| | | |
|---|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique |
| Cadre réservé à l'adhérent(e) | | |
| Matricule : 10524 | Société : RAM | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre |
| Nom & Prénom : KHOUJD ADEL FATAH | | |
| Date de naissance : 16/10/1965 | | |
| Adresse : Rue EL Joulane Hay Wafiq N° 169 Bourejda | | |
| Tél. 0661 960190 | Total des frais engagés : 442,10 Dhs | |

| | |
|---|---------------------------------|
| Cadre réservé au Médecin | |
| Cachet du médecin : | |
|  | |
| Date de consultation : 02/08/2021 | reçu |
| Nom et prénom du malade : MANSOUR NADIA | |
| Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint | <input type="checkbox"/> Enfant |
| Nature de la maladie : Affection | |
| 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) :  27 SEP. 2021

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 02/09/2023 | | | 150.00 | INP : 061845460 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|-------------------------|-----------------------|
| <p>Pharmacie MARHABA Dr. Amina LAMIRI Bd. Brahim Roudani 26 wafiq - Berrechid</p> | <p>02 08 21</p> | 185,10 |

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
|  | 02.08.21 | 373 NP: 163000,50 | 107,22 |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particien | 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 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 PROTHESES DENTAIRES | | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | <table border="1" style="width: 100px; margin: auto;"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> | | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | <hr/> | | D | | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | <hr/> | | B | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| H | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <hr/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <hr/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Dr. Youssra KHALESS

Médecin Généraliste

Diplômée de la Faculté de médecine
et de pharmacie de rabat

- Echographie
- Suivi de grossesse
- Suivi de HTA et diabète
- Suivi du régime alimentaire



يسرى خالص

طب العام

طب و الصيدلة بالرباط

بالصدى

الحمل

الضغط و السكري

لحمية الغذائية

Di-INDO® 50 mg 15 comprimés
PPV 53DH00 EXP 05/2024
LOT 010221



Ordonnance Médicale

BERRECHID, le : 02/08/2021 برشيد، في :

Dr. Youssra KHALESS
Médecin Généraliste
06 41 50 48 55
Bd Ibrahim Erroudani Hay Wafiq
Berrechid

Mme

Najat M'hamed

61,00

24,20

1) Diabète



1 App/15 de soir pte 568



46,90
10g ACTICARBINE



regal 21/6

Dr. Youssra KHALESS

Dr. Youssra KHALESS
Médecin Généraliste
Bd Ibrahim Erroudani Hay Wafiq
Berrechid

LOT : 384
PER : JAN 2024
PPV : 24 DH 20

53,00

13 Di-Indo 50 mg

14823/6



61,00

clarbee 105

Dr. Youssra KHALESS
Médecin Généraliste
Bd Ibrahim Erroudani Hay Wafiq
Berrechid

Pharmacie MARHABA
Dr. Amina LAMIRI
26, Bd. Brahim Roudani
Wafiq - Berrechid

185,10

51 105

41 - شارع ابراهيم الروذاني، حي وفيق، برشيد - الهاتف : 06 41 50 48 55

41 Bd Ibrahim Erroudani Hay Wafiq - BERRECHID - Tél. : 06 41 50 48 55

Dr. Youssra KHALESS

• Médecin Généraliste

Diplômée de la Faculté de médecine
et de pharmacie de rabat

- Echographie
- Suivi de grossesse
- Suivi de HTA et diabète
- Suivi de régime alimentaire



الدكتورة يسرى خالص

الطب العام

خريجة كلية الطب و الصيدلة بالرباط

- الفحص بالصدى
- تتبع الحمل
- تتبع الضغط و السكري
- تتبع الحمية الغذائية

Ordonnance Médicale

BERRECHID, le : 22/08/2021 برشيد، في :

Time MANSOUR

Nadia

Faire : سب :

NFS

Dr. Youssra KHALESS
Médecin Généraliste
06 41 50 48 55
Bd Ibrahim Erroudani Hay Wafiq
Berrechid

41 - شارع إبراهيم الرو丹ي ، حي وفيق ، برشيد - الهاتف : 06 41 50 48 55

41 Bd Ibrahim Erroudani Hay Wafiq - BERRECHID - Tél. : 06 41 50 48 55

LABORATOIRE IBN SINA
Bd Mohammed V
Tel : 05.22.33.66.43 Fax : 05.22.33.66.42
BERRECHID TCE : 001761756000030
INPE : 063000509
Patente : N° 40700369 C.N.S.S : N° 2229541 IGR : 40195644
IF : 40195644

FACTURE : 75416

IB 44030 B

Nom et Prénom : Mme MANSOUR Nadia

Prescripteur : Dr. KHALESS YOUSSEF

Référence : 020821 036

Date : 02/08/2021

BILAN :

NFS B 73 +

MONTANT NET : 107,82 Dhs Soit 73 B

ARRETE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

Cent sept Dh et quatre-vingt deux cts





Berrechid le : 02/08/2021

CIN :

Résultats complets

Édité le: 02/08/2021

Medecin Dr. KHALESS YOUSSEF

Mme MANSOUR Nadia
IB 44030 B RF: 020821036

HEMATOLOGIE

VALEURS DE REFERENCE

ANTECEDENTS

HEMOGRAMME

(Technique SYSMEX KX-21N)

NUMERATION GLOBULAIRE

| | | | | |
|------------------|--------------|---|----------------------|-----------------|
| Leucocytes..... | 4 900 | /mm ³ | (N : 4 000 à 10 000) | 27/08/19 : 6900 |
| Hématies..... | 4,19 | M/mm ³ | (N : 4.2 à 5.2) | 27/08/19 : 3.96 |
| Hémoglobine..... | 12,2 | g/dl | (N : 12.0 à 16.0) | 27/08/19 : 11.6 |
| Hématocrite..... | 38,9 | % | (N : 37 à 44) | 27/08/19 : 36.2 |
| V.G.M..... | 93 | fL | (N : 80 à 100) | 27/08/19 : 91 |
| T.G.M.H..... | 29,1 | pg | (N : 27 à 32) | 27/08/19 : 29.3 |
| C.C.M.H..... | 31,4 | g/dl | (N : 32 à 35) | 27/08/19 : 32.0 |
| PLAQUETTES..... | 236 | Milles/mm ³ (150 à 450 Milles) | 27/08/19 : 231 | |

FORMULE LEUCOCYTAIRE

| | | | | |
|-------------------------------|-----------|------------------|---------------------|-----------------|
| Polynucléaires Neutrophiles : | 47 | % | | |
| Soit | 2 303 | /mm ³ | (N : 2 000 à 7 500) | 27/08/19 : 3450 |
| Polynucléaires Eosinophiles : | 1 | % | | |
| Soit | 49 | /mm ³ | (N : 400 à 500) | 27/08/19 : 276 |
| Polynucléaires Basophiles.. : | 0 | % | | |
| Soit | 0 | /mm ³ | (N : < 100) | 27/08/19 : 0 |
| Lymphocytes | 43 | % | | |
| Soit | 2 107 | /mm ³ | (N : 1000 à 4000) | 27/08/19 : 2622 |
| Monocytes..... | 9 | % | | |
| Soit | 441 | /mm ³ | (N : 200 à 1 000) | 27/08/19 : 552 |

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
IBN SINA
Dr. KHALESS YOUSSEF
Tél: 05 22 33 66 43