

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.

Reéducation :

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 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

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- 0034889

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2411 Société : 93228
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : NEMMOUCHI GUARDIA
Date de naissance :
Adresse : 118 LA MEUNE
Tél. : 0662 616030 Total des frais engagés : 3498,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : / /
Nom et prénom du malade : ARRAS Nouradine Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie :
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 : 24/11/2021 Le : / /
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

	بيان تعويضات التأمين الصحي الإلزامي RELEVÉ DES PRESTATIONS AMO	 الضمان الإجتماعي CNSS	مديرية التأمين الصحي الإلزامي Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire REF : 610-2-06 : مرجع رقم
	Référence structurée : 211009336785678	Emis à Casablanca le : 	Page : 1
	Identifiant de la famille تعريف العائلة N° d'immatriculation : 173353212 Règlement du mois : 10/2021 Mode de paiement : Virement	ARRAS NOUREDDINE RESID FATIMA ZAHRA II RUE DES ROSES ANGLE BD AMAR EL KHAYAM CASABLANCA 2020	
	Informations :		

مرجع الإشعار بالاستلام	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريف المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	مبلغ التعويض
Référence accusé de réception	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coeff.	Quantité	Base de remboursement	Taux de remboursement%	Montant remboursé
ARRAS NOUREDDINE										
086332883	30/08/2021	CG	ETABLISSEMENT PRIVE	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	00	0,00
086332883	30/08/2021	PH	PHARMACIE	3 522,00	1 758,00	1,00	1,00	1 758,00	81	1 423,98
086332883	30/08/2021	B	BIOLOGIE	276,00	1,10	230,00	1,00	253,00	81	204,93
Total remboursé pour NOUREDDINE										1 628,91
Total général remboursé										1 628,91

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

12/09/21

ARRAS Nouveau Colone

587⁰³₂₆ Pentasa : 1bo (S.V)

25 x 3 / j' x 8 j's

- Imurel : 1B

15 x 2 / j'

352200



PENTASA 500 mg
100 comprimés
PPV : 587.00 DH
AMM N° 38 DMP / 21/NRQ
Distribué par SOTHEMA
B.P. N° 1.27182 Bouskoura



6 118001 070459

PENTASA 500 mg
100 comprimés
PPV : 587.00 DH
AMM N° 38 DMP / 21/NRQ
Distribué par SOTHEMA
B.P. N° 1.27182 Bouskoura



6 118001 070459

PENTASA 500 mg
100 comprimés
PPV : 587.00 DH
AMM N° 38 DMP / 21/NRQ
Distribué par SOTHEMA
B.P. N° 1.27182 Bouskoura



6 118001 070459

PENTASA 500 mg
100 comprimés
PPV : 587.00 DH
AMM N° 38 DMP / 21/NRQ
Distribué par SOTHEMA
B.P. N° 1.27182 Bouskoura



6 118001 070459

PENTASA 500 mg
100 comprimés
PPV : 587.00 DH
AMM N° 38 DMP / 21/NRQ
Distribué par SOTHEMA
B.P. N° 1.27182 Bouskoura



6 118001 070459

PENTASA 500 mg
100 comprimés
PPV : 587.00 DH
AMM N° 38 DMP / 21/NRQ
Distribué par SOTHEMA
B.P. N° 1.27182 Bouskoura



6 118001 070459

وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

30/08/21 APPAS Oum redouine

- NF + ilog

- Transaminase : OGT

Pr. El Joudi LAMGHARI
Tél : 05 29 04 22 33
E-mail : lamghari@hck.ma

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr. El Joudi LAMGHARI ABENHACHEUR
Gastroentérologue et hépatologue
Digestion et hépatologie
100100020

Identifiant du patient : H0120034002

Date de naissance : 05/12/1957

Sexe : M

Date de l'examen : 17/09/2021

Prélevé le : 17/09/2021 à 09:29

Edité le : 17/09/2021 à 12:05

ARRAS NOUREDDINE

Dossier N° : 21093671

Docteur EL IDRISSI LAMGHARI

Service : SALLE DE PRÉLEVEMENT



HÉMATOLOGIE CELLULAIRE

NUMÉRATION FORMULE SANGUINE

Echantillon primaire: Sang total EDTA (Impédance électrique - Spectrophotométrie - Cytométrie en flux / Sysmex XN2000)

LIGNÉE ROUGE

Hématies	:	4.69	10 ¹² /l	4.28 - 6	4.36 10 ¹² /l (14/08/2021)
Hémoglobine	:	14.0	g/dl	13.0 - 18.0	13.0 g/dl (14/08/2021)
Hématocrite	:	43.0	%	39 - 53	38.8 % (14/08/2021)
VGM	:	91.7	fl	78 - 98	89.0 fl (14/08/2021)
CCMH	:	32.6	g/dl	31.0 - 36.5	33.5 g/dl (14/08/2021)
TCMH	:	29.9	pg	26 - 34	29.8 pg (14/08/2021)

LIGNÉE BLANCHE

Leucocytes	:	8.59	10 ³ /mm ³	4 - 11	9.41 10 ³ /mm ³ (14/08/2021)
P. Neutrophiles	:	52.4	%	4.50 10 ³ /mm ³ 1.4 - 7.7	59.1 % (14/08/2021)
P. Eosinophiles	:	4.7	%	0.40 10 ³ /mm ³ 0.02 - 0.63	3.0 % (14/08/2021)
P. Basophiles	:	1.2	%	0.10 10 ³ /mm ³ < 0.11	0.5 % (14/08/2021)
Lymphocytes	:	37.0	%	3.18 10 ³ /mm ³ 1.0 - 4.8	25.1 % (14/08/2021)
Monocytes	:	4.7	%	0.40 10 ³ /mm ³ 0.18 - 1.00	12.3 % (14/08/2021)

Le 17/09/2021 à 12:05

Signature

Dr. Moumna Ilham

Dr. Ilham MOUMNA

Médecin Biologiste

Laboratoire National de Référence

Dr. RAZIK Nadia

Dr. Nadia RAZIK

Pharmacien Biologiste

Laboratoire National de Référence

Laboratoire National de Référence
Tél : 05.29.05.02.33
labo@fckm-hck.ma

Laboratoire National de Référence

Boulevard mohamed Taieb Naciri, BP 82403 Casa Oum Rabii, Hay Hassani, Casablanca. Téléphone: +212 529 050233, Courriel: lnr@fckm.ma

Conformément aux textes en vigueur, votre échantillon biologique pourra être éliminé, utilisé et/ou transféré à des fins scientifiques ou de contrôles qualité, hors génétique humaine, de manière anonyme et respectant le secret médical sauf opposition formulée auprès de notre secrétariat médical.

Identifiant du patient : H0120034002

Date de naissance : 05/12/1957

Sexe : M

Date de l'examen : 17/09/2021

Prélevé le : 17/09/2021 à 09:29

Edité le : 17/09/2021 à 12:05

ARRAS NOUREDDINE

Dossier N° : 21093671

Docteur EL IDRISSI LAMGHARI

Service : SALLE DE PRÉLEVEMENT



PLAQUETTES

Plaquettes	:	369	10 ³ /mm ³	150 - 400	261 10 ³ /mm ³ (14/08/2021)
------------	---	-----	----------------------------------	-----------	--

BIOCHIMIE SANGUINE

BILAN HÉPATIQUE

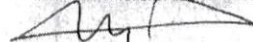
TRANSAMINASES ASAT(SGOT) (Sang, spectrophotométrie d'absorption, IFCC, Roche)	:	18.9	UI/L	< 50	21.8 UI/L (16/08/2021)
TRANSAMINASES ALAT(SGPT) (Sang, spectrophotométrie d'absorption, IFCC, Roche)	:	17.3	UI/L	< 50	28.7 UI/L (16/08/2021)
GAMMA GT (Sang, spectrophotométrie d'absorption, colorimétrique enzymatique, Roche)	:	49	UI/L	< 60	133 UI/L (16/08/2021)

Le 17/09/2021 à 12:05
Signature

Dr. Moumna Ilham

Dr. Ilham MOUMNA
Médecin Biologiste

Laboratoire National de Référence

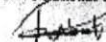


Laboratoire National de Référence

Dr. RAZIK Nadia

Dr. Nadia RAZIK
Pharmacien Biologiste

Laboratoire National de Référence



Laboratoire National de Référence

Boulevard mohamed Taieb Naciri, BP 82403 Casa Oum Rabii, Hay Hassani, Casablanca. Téléphone: +212 529 050233, Courriel: lnr@fckm.ma

Conformément aux textes en vigueur, votre échantillon biologique pourra être éliminé, utilisé et/ou transféré à des fins scientifiques ou de contrôles qualité, hors génétique humaine, de manière anonyme et respectant le secret médical sauf opposition formulée auprès de notre secrétariat médical.

FACTURE

N° 110 722 / 2021 du 17/09/2021

Nom patient : **ARRAS NOUREDDINE**

Entrée 17/09/2021

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 17/09/2021

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
EXAMENS BIOLOGIE	1,00	B0230	276,00	276,00
			Sous-Total	276,00
Total Frais Clinique				276,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

DEUX CENT SOIXANTE-SEIZE DIRHAMS

Total 276,00

Encaissements	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	276,00	276,00	0,00

Laboratoire Médical de Référence
Tel: 05 29 05 02 53
E-mail: labo@ckm-hck.ma