

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, orthodontie 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 canaux, 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 canaux.

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.



Declaration de maladie

N° W21-682900

105233

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e) : _____

Matricule : 9063 Société : R.A.M.

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : EL KHALID ABDELILAH

Date de naissance : 20/06/1967

Adresse : 75 RUE HENRI MOREAU APT 13
MARIF VAL FLEURI CASABLANCA

Tél. : 0661342201 Total des frais engagés : _____

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin : _____

Cachet du médecin :

Date de consultation : 07/01/2022

Nom et prénom du malade : EL KHALID ABDELILAH Age : _____

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

Nature de la maladie : Grippe aigue

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. J'ai
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA


Le : 07/01/2022

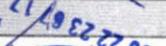
Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

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

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	01/01/82	159,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	02.01.22		837 DH


[illegible]


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 canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				DNP : <table style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table style="margin: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">H</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412</td><td style="padding: 5px;">21433552</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td><td style="padding: 5px;">00000000</td></tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">D ————— G</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td><td style="padding: 5px;">00000000</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px;">35533411</td><td style="padding: 5px;">11433553</td></tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">B</td></tr> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D ————— G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D ————— G															
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	B															
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>														
		DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/>														
	DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE



صحة القلعة متعددة التخصصات
Polyclinique El Kelaa

El Kelaa, le

07.01.2024

PHARMACIE EL HILAL
LAABOUDI Selwa
77, Rue Al Bachir Laâlaï
Cité Plateaux - Casablanca
Tél: 0522 25 96 06 - 0522 25 96 07

ORDONNANCE

PPV: 14DH00

PER: 11/24

LOT: K3124

Mr EL KROLID Abdelilah

79.70 1/ Zithromax 500mg

14.00 2/ Doliprane 1g

29.00 3/ Rinomicine Sachet

46.00 4/ Zovirax 5% Crème

159.70

LOT : 2566
UT. AV : 07-24
P.P.V : 21 DH 00

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 45,00 DH

ID: 648548
118001 141548

A conserver à une température ne dépassant pas +25°C

NE PAS AVALER

NE PAS REFRIGERER

VOIE ORALE

NE PAS AVANTURER SUR L'ORAL

Excipient à effet noyau: Propylglycol et alcool cétylstearylique

LIRE LA NOTICE APPROUVÉE PAR L'ANM

TEINER HORS DE LA PORTE ET DE LA VIE DES ENFANTS

COMPOSITION:

5 g

PHARMACIE EL HILAL
LAABOUDI Selwa
77, Rue Al Bachir Laâlaï
Cité Plateaux - Casablanca
Tél: 0522 25 96 06 - 0522 25 96 07

Dr. Youness ECHART
Généraliste
POLYCLINIQUE EL KELAA
Boulevard Youssef Ibn Tachfine
El Kelaa des Sraghna
Tél: 05 24 41 02 02
05 24 41 46 46

UT. AV. :

LOT N° :

79.70 P.P.V.

70

شارع يوسف ابن تاشفين رقم 11.10 تجزئة النخيل قلعة السراغنة 43000
Boulevard Youssef Ibn Tachfine - Lot10, 11 Ennakhil El Kelaa des Sraghna 43000

Tél: Urgences : 05 24 41 02 02 / Consultations & Hospitalisations : 05 24 41 46 46 / Fax : 05 24 22 17 77

ORDONNANCE

Mr. EL KHALID ABDELILAH

* NFS

* TP + TCK

* CRP

* DDM

Dr. Youness ECHAÏFI
Généraliste
POLYCLINIQUE EL KELAA
Boulevard Youssef Ibn Tachfine
El Kelaa des Sraghna
Tél - 05 24 41 02 02
- 05 24 41 46 46

POLYCLINIQUE EL KELAA
Boulevard Youssef Ibn Tachfine
El Kelaa des Sraghna
Tél - 05 24 41 02 02
- 05 24 41 46 46



FACTURE N° 2201083097
LABORATOIRE CASALAB PALMIER

Casablanca le 08/01/2022

INPE : 093002574

Mr Abdelilah EL KHALID

Demande N° 2201083097

Récapitulatif des analyses	
Analyse	Clé
Prise de sang Adulte	E25
C R P (Protéine C réactive)	B100
Numération Formule (Globules rouges/Blancs/plaquettes)	B80
D-Dimères CA 600 (HN*)	B300
TCK (HN*)	B40
TP(Quick, Protrombine)	B40

Total des B : 560

Arrêtée la présente facture à la somme de : * **837 DH** *

huit cent trente-sept dirhams

*(HN) = analyse hors nomenclature



C





Urgences 24h/24 7j/7

LABORATOIRE CASALAB PALMIER®

Dossier N°: **2201083097**

Résultats de : **Mr EL KHALID Abdelilah**

Né(e) le : **20/06/1967 - 54 ans**

N° CIN :

Date du prélèvement : 08/01/2022 10:36. ASS

Edition du : 08/01/2022 à 19:47

Mme/Mr Le DR Prescripteur Médecin

Cher confrère, nous vous remercions de votre confiance, et nous vous transmettons les résultats de votre patient.

< Compte-rendu partiel >

HEMATOCYTOLOGIE

HEMOGRAMME

(SYSMEX XN-1000)

25/04/2019

Leucocytes : (RC)	4,07	10 ³ /mm ³	(3,90-10,20)	11,42
Hématies : (RC)	4,95	10 ⁶ /mm ³	(4,30-5,76)	4,80
Hémoglobine : (RC)	14,90	g/dL	(13,50-17,20)	14,70
Hématocrite : (RC)	46,6	%	(39,5-50,5)	45,3
VGM : (RC)	94,1	fL	(80,0-99,0)	94,4
TCMH : (RC)	30,1	pg	(27,0-33,5)	30,6
CCMH : (RC)	32,0	g/dL	(31,5-36,0)	32,5
RDW : (RC)	12,5	%	(0,0-18,5)	12,5

Formule leucocytaire :

Neutrophiles : (RC)	54,3	%		79,6
Soit:	2 210	/mm ³	(1 400-7 700)	9 090
Eosinophiles : (RC)	0,5	%		0,0
Soit:	20	/mm ³	(20-630)	0
Basophiles : (RC)	0,2	%		0,3
Soit:	8	/mm ³	(0-110)	34
Lymphocytes : (RC)	33,7	%		12,7
Soit:	1 372	/mm ³	(1 000-4 800)	1 450
Monocytes : (RC)	11,3	%		7,4
Soit:	460	/mm ³	(180-1 000)	845
Plaquettes : (RC)	192	10 ³ /mm ³	(150-450)	200



Dossier n° 2201083097 – Mr Abdelilah EL KHALID

1 / 3





HEMOSTASE

Taux de prothrombine:

Temps de Quick Patient(TPs):

13,0 sec.

Temps de Quick Témoin:

11,3 sec.

Taux de Prothrombine(TP%):

87 %

(70-100)

INR :

1,07

Les INR cibles selon la pathologie en cas de traitement par AVK (Sintron, Marcoumar ,etc.) :

Le TVP et Embolie pulmonaire : 2 - 5

Syndrome Anti phospholipide : 3 - 5

Valves Cardiaques : 3 - 5

Thrombophilie congénitale : 2 - 5

symptomatique

Commentaire : En cas de surdosage, se référer à la synthèse de l'HAS publiée en avril 2008

Temps de Céphaline Activée

TCK Temps patient:

22 sec

TCK temps témoin:

25,0 sec.

TCK Ratio patient/témoin:

0,88

(<1,20)

D-Dimères (RC)

190 ng/ml

(<500)

(TEST IMMUNOTURBIDIMETRIQUE)

Dossier n° 2201083097 de Mr Abdelilah EL KHALID

