

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 6037	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	ESTER KH MD Tifa
Nom & Prénom : ESTER KH MD Tifa			
Date de naissance : 23.11.1960			
Adresse : ANAGRES RUE 11 2^e A 8000			
Tél. : 0661052145 Total des frais engagés :			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : 			
Date de consultation : 07.10.2019			
Nom et prénom du malade : ESTER KH			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : ESTER KH			
En cas d'accident, préciser les causes et circonstances : ESTER KH			
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 avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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
10/05/22	- 05	3000		DR. MOUIN BEN 10/05/22
10/05/22				Bouss.

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE IBNOULKHATIB Casab 229, Avenue 10 Mars Sidi Othman TELE: 0522 37 13 86 0522 3000057	10/05/22	288150

ANALYSES - RADIGRAPHIES

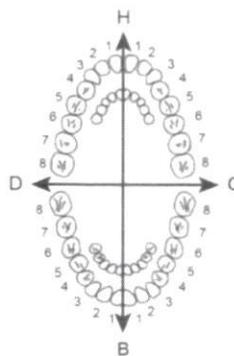
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
EXAMEN LABORATOIRE BIOLOGIQUE PHARMACIEN SIDI OTMAN Avenue 10 Mars TELE: 0522 38 85 96 ASA	10/05/22 13-05-22 11-05-22	1153 300 540

AUXILIAIRES MEDICAUX

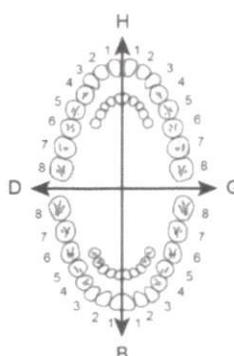
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COÛT TOTAL
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

الدكتورة ثورية مغفورة

LOT 21006
PER 04/23
PPV 43DH40

LOT 21006
PER 04/23
PPV 43DH40

Anc

Les.



Allergie

Casablanca, le

LOT 21006
PER 04/23
PPV 43DH40

Dr. Touria MAGHFOUR
283, Bd CDT Driss El Harti
Cité Djemâa Ben M'sik
CASABLANCA-Tél: 0522 55 29 43

Dr. Touria MAGHFOUR
283, Bd CDT Driss El Harti
Cité Djemâa Ben M'sik
CASABLANCA-Tél: 0522 55 29 43

14 Su, fer leu
1 23
43,40

X3
21 A5 no fous



PIACIF IRMOUI KHATIB Casa
9, Rue de 10 Mars
Casablanca
Tel: 05 22 27 13 86
ICP: 001788829000051

81,40 Con
31 00 + 20

Visite à domicile

200 33

Dr. TOURIA MAGHFOUR
283, Bd CDT Driss El Harti
Cité Djemâa Ben M'sik
CASABLANCA-Tél: 0522 55 29 43

Dr. TOURIA MAGHFOUR
283, Bd CDT Driss El Harti
Cité Djemâa Ben M'sik
CASABLANCA-Tél: 0522 55 29 43

940

42,20

~~collected by~~

34170

Sign in

A3

[Signature]

32

~~TE~~

421 20



LOT N°:

UT. AV:

ppV(DH)

34 A.D.

PHARMACIE IBNOULKHATIB Casa
229, Avenue 10 Mars
Sidi Othman .
Tél.: 05 22 37 13 86
I.C.E: 001788829000051

LOT N°:	UT. AV:	PPV (DH):
341A0		

~~323~~

1

1

Dr. Touria MAGHFOUR

الدكتورة ثورية مغفور

Spécialiste en :

Médecine Interne - Rhumatologie
 Diabète et Goître - Sang et Nerfs
 Les Grands Syndromes,
 Les Maladies Infectieuses - Gériatrie
 et Allergies

اختصاصية في :

الطب الباطني - الروماتيزم
 السكري والغدد - الأعراض الكبيرة
 الأمراض التعفنة - الدم والأعصاب
 الشيخوخة - الحساسية

ORDONNANCE

Casablanca, le : 10/05/2012

الدار البيضاء، في :

Dr. Touria Maghfour

A AM

F. N.

VS

EXAM MED
 LABORATOIRE
 PHARMACIEN LOUANJEL
 ENSE MEDICAL 50, OTHMAN AL MARS
 2 AVUE DE LA PREFECTURE SIDO OTHMAN
 ABA TEL: 05 22 55 29 43 - FAX: 05 22 55 98 98
 9000 Casablanca

Dr. Touria MAGHFOUR
 MEDECINE INTERNE
 283 Bd CDT
 Cite Djemâa Ben M'sik
 CASABLANCA - Tel: 05 22 55 29 43

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES

EXAMED
LABORATOIRE

S.A.R.L. au Capital de 100.000,00 Dhs - R.C. 121337 - Patente : 32740051 - Ident. Fiscal : 2821353 - ICE : 000079511000007 - INPE : 093000404
Centre Médical Sidi-Othman, Av. 10 Mars, Place de la Préfecture, Sidi Othman - CASA - Tél.: 05 22 59 95 95 - WhatsApp : 06 50 34 98 22

Taoufik LOUANJI
Pharmacien-Biologiste

Nº 2202654

DIS Biologie Médicale
Biologie de la Reproduction
Ancien Interne des Hôpitaux de Bordeaux.

Casablanca le : 10/05/2022

Nom/Prénom : Madame CHAMS Fattouma

Medecin : Dr Touria MAGHFOUR

Analyses	Clé	Cotation
ANTICORS ANTI NUCLEAIRES	B	150
WAALER ROSE	B	30
FACTEUR RHUMATOÏDE	B	35
CREATININE	B	20
VITESSE DE SEDIMENTATION	B	15
Montant en Dhs:	540.00	

Arrêtée la présente facture à la somme de: Cinq Cent Quarante Dirhams

EXAMED
LABORATOIRE
TAOUFIK LOUANJI
PHARMACIEN-BILOGISTE
ENNEOCE
ASA
SIDI OTMAN AV 10 MARS
CASA
TÉL : 05 22 59 95 95
WhatsApp : 06 50 34 98 22

Taoufik LOUANJI
Pharmacien-BiogisteDIS Biologie Médicale
Biologie de la Reproduction
Ancien Interne des Hôpitaux de Bordeaux.Code Patient : 139595
Date du prélèvement : 10/05/22
Dossier édité le : 11/05/2022**Madame Fattouma CHAMS**
Référence : 100522 520
Dr. Touria MAGHFOUR

Page: 1/2

HEMATOLOGIE

Valeurs de référence

Antécédents

VITESSE DE SEDIMENTATION1 ère heure ... : 8 mm ($<(\text{âge}+10)/2$)
2 ème heure ... : 14 mm**BIOCHIMIE**

Valeurs de référence

Antécédents

CREATININE : 6,6 mg/L (6,0 à 11,0) 16/03/22 : 7,6
ou : 58,1 $\mu\text{mol}/\text{L}$ (44 à 106)**IMMUNOLOGIE**

Valeurs de référence

Antécédents

FACTEUR RHUMATOIDE (FR) : 54,0 UI/ml ($<14,0$)
Technique immunoturbidimétrie, Cobas 6000-ROCHE DIAGNOSTIC

NB: Selon les nouvelles recommandations, l'utilisation des techniques d'immunoturbidimétrie ou néphélemétrie pour le dosage du facteur rhumatoide, permet une meilleure standardisation des résultats.

WAALER ROSE : 8,0 UI/ml ($< \text{à } 10$)

EXAMED
LABORATOIRE
Taoufik LOUANJI
Pharmacien - Biogiste
Centre Medical Sidi Othman, Av. 10 Mars
Place de la Préfecture, Sidi Othmane - Casablanca
Tél. : 05 22 59 95 95 - WhatsApp : 06 50 34 98 22
Biogiste

Taoufik LOUANJI
Pharmacien-BiogisteDIS Biologie Médicale
Biologie de la Reproduction
Ancien Interne des Hôpitaux de Bordeaux.Code Patient : 139595
Date du prélèvement : 10/05/22
Dossier édité le : 11/05/2022**Madame Fattouma CHAMS**
Référence : 100522 520
Dr. Touria MAGHFOUR

Page: 2/2

AUTO-IMMUNITE

Valeurs de référence

Antécédents

AUTO-ANTICORPS ANTI-NUCLEAIRES (AAN) :

Technique immunofluorescence sur deux lignées cellulaires Hep2 et foie primate

Résultat..... : **Positif**Aspcet..... : **Moucheté**Titre : **1/320 (<1/100)**

"

EXAMED
LABORATOIRE
Taoufik LOUANJI
Pharmacien - Biogiste
Centre Médical Sidi Othman, Av. 10 Mars
Place de la Préfecture, Sidi Othmane - Casablanca
Tél. : 05 22 59 95 95 WhatsApp : 06 50 34 98 22

Biogiste

357,00