

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 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.

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



Déclaration de Maladie

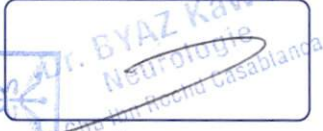
M22- N° 002644

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0707 Société : RAM 142286
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : _____
 Nom & Prénom : AIT LAKHDAR Mehdi
 Date de naissance : 01/01/1944
 Adresse : 36 Abou Ishak el OUAJJAJ apt 6
Maarif Casablanca
 Tél. : 0663607838 Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
 Date de consultation : 02/11/2022
 Nom et prénom du malade : Leche Ait Lakhdar Age : _____
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Sclérose en plaques
 Affection longue durée ou chronique : ☒ ALD ☐ ALC Pathologie : _____
 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) : _____

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
02/11/2022	C5		G	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	2.11.22	357,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
01 NOV. 2022	BABO + R	266,20	266,20

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 :

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															
				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"> <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>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input 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 type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Royaume du Maroc
Ministère de la Santé

Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd
Hôpital Ibn Rochd - Casablanca

Renouvellement
d'ordonnance

المملكة المغربية
وزارة الصحة

المركز الإستشفائي الجامعي ابن رشد
مستشفى ابن رشد - الدار البيضاء



Hôpital sans Tabac
Fumer tue

مستشفى بدون تدخين
التدخين يقتل

Casablanca, le : 02/11/2022.

ORDONNANCE

Docteur : Dr. F. Leila A.T. Lakhdar

- 1/- Immel 50 mg.
294.3 x 3 - 0
- 2/- Acfoe.
26.3 x 1 cp / j
- 3/- D-cine ampoule
149.6 x 1 amp / jour



LAMRANI MERYEM
Pharmacie des Familles Angie Rues
de Normandie et Imam Tabarani
Casablanca - Tél: 0522.25.05.60

957,80

AZ Kawtar
Neurologie
Hôpital Ibn Rochd Casablanca

PPV: 49,60 DH
LOT: 22H22
EXP: 08/2025

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



LOT: 14222006
PER: 03/2026
PPV: 26,20 DH

28

Comprimés
Voie orale

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





Hôpital sans Tabac
Fumer Tue

مستشفى بدون تدخين
التدخين يقتل

BILLET D'EXAMEN

Date : 18/08/22

Prénoms et Nom du Malade :

At Lakhdor Leila

Service :

N° d'Admission :

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES	RESULTAT D'EXAMEN
<p>NTF</p> <p>ASOT</p> <p>Dr. RIALI Imane Neurologie CHU Ibn Rochd - Casablanca Le Médecin traitant</p>	<p>29</p> <p>(Dut)</p> <p>LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES Dr ZIZIA 400, Bd Brahim Roudine - CASA Tél: 0522 23 35 61 MAARIF</p>

Tél. : 05 22 48 20 20 / 05 22 48 30 30

Fax : 05 22 29 94 83

m/25

مختبر التحاليل الطبية المعاريف

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES MAARIF

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



Casablanca le 01-11-2022

Mlle AIT LAKHDAR Leila

FACTURE N° A221100025

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



مختبر التحاليل الطبية المعاريف
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES MAARIF

Casablanca le : 01-11-2022

Mlle AIT LAKHDAR Leila

Code : 16060548

Référence : A221100025

Normes

Antériorités

BIOCHIMIE SANGUINE

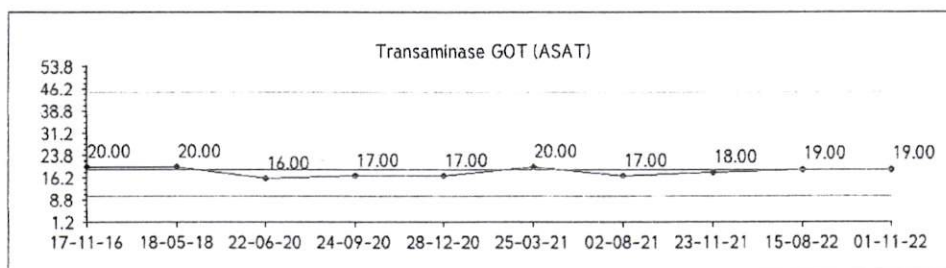
Transaminase GOT (ASAT)

19 UI/L

(10-45)

15-08-2022

19



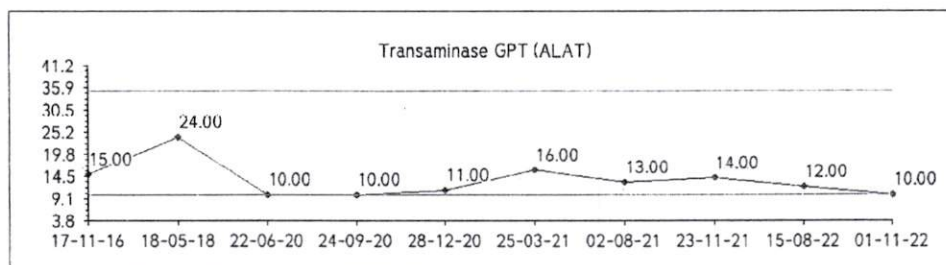
Transaminase GPT (ALAT)

10 UI/L

(10-35)

15-08-2022

12



Dr. Abderrazzak ZIZI

Pharmacien Biologiste

Diplômé de la Faculté de Pharmacie de Reims



Casablanca le : 01-11-2022

Mlle AIT LAKHDAR Leila

Code : 16060548

Référence : A221100025

Du : 01-11-2022

Prescripteur : Dr RIALI Imane

Normes

Antériorités

HEMATOLOGIE

HEMOGRAMME

Numération Globulaire

			15-08-2022
Hématies	4.1 M/mm ³	(4.0-5.3)	4.0
Hémoglobine	12.2 g/dL	(12.5-15.5)	12.1
Hématocrite	37 %	(37-46)	36
VGM	90 μ ³	(80-95)	90
TCMH	30 pg	(28-32)	30
CCMH	33 g/100mL	(30-35)	34

Formule leucocytaire

Leucocytes		4 510 /mm ³	(4 000-10 000)	4 840
Neutrophiles	51 % soit	2 300 /mm ³	(1 500-7 500)	2807
Eosinophiles	2 % soit	90 /mm ³	(<400)	48
Basophiles	0 % soit	0 /mm ³	(<100)	0
Lymphocytes	39 % soit	1 759 /mm ³	(1 500-4 000)	1646
Monocytes	8 % soit	361 /mm ³	(200-1 000)	339

Numération plaquettaire

Plaquettes		272 000 /mm ³	(150 000-400 000)	263 000
Volume Plaquettaire Moyen		9.5 fl	(6.0-11.0)	8.9

