

# 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](http://www.mupras.com)

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 LAKHADAR, Mehdi**

Date de naissance : **01/01/1944**

Adresse : **36 Abou Ishaq el Ouaïjaz app 6**  
**Maarif Casablanca**

Tél. **06 63 60 78 38** Total des frais engagés : ..... Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **02/11/2022**

Nom et prénom du malade : **Leila AIT Lakhader** Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : **Sclerose 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) : .....

### 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
02/11/2021	CS		6	Dr. BYAZ Yawer Neurologist ou Iman Rocha Casalanca

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie de la Famille et Iman Tabaghi	05/05/2022	
Pharmacie de Normandie - Tél: 0522 25 05 05	2.11.22	957,80

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
01 NOV. 2022	BAZO	266,20 M	Dr. Ibrahim
			Centre CASA
			Tél: 0522 73 55 61
			**

### AUXILIAIRES MEDICAUX

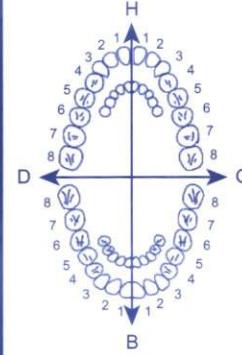
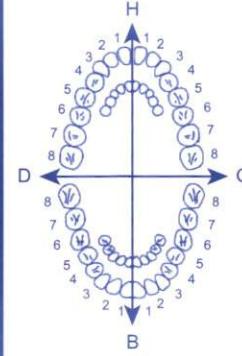
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	25533412 00000000 35533411	G	21433552 00000000 11433553
	D	00000000	B	00000000
		35533411		11433553
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

**(Création, remont, adjonction)**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## Hôpital sans Tabac

مستشفى بدون تدخين  
التدخين يقتل

Casablanca, le : 02 / 11 / 2022.

## **ORDONNANCE**

Docteur : Elma Leilei Ait Lakhdar

11 Immanuel 50 inf

$$294. \Rightarrow x^3$$

50 mg

9

21 Acfle

2621 41

7.5

15

3/- D- cure am poole  
14365 | 1 amp | max  
NS

15

957,80

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

Alz Kawtar  
Neurologie  
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

6 118001 071456

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

6 118001 071456

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

6 118001 071456



Hôpital sans Tabac  
Fumer Tue

مستشفى بدون تدخين  
التدخين يقتل

## BILLET D'EXAMEN

Date : 18/08/11

Prénoms et Nom du Malade :

Abdellah Lekhda

Service :

N° d'Admission :

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES	RESULTAT D'EXAMEN
<p>NFT</p> <p>ASOT</p>	<p>Dg</p> <p>Dr ZIZA</p>



Dr. RIALI Imane  
CHU Ibn Rochd Casablanca  
Neurologie  
Le Médecin traitant

07/08

Tél : 05 22 48 20 20 / 05 22 48 30 30

Fax : 05 22 29 94 83

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 لات الطبية المعاريف

# LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES MAARIF

Casablanca le : 01-11-2022

Mlle AIT LAKHDAR Leila

Code : 16060548

Référence : A221100025

Normes

Antériorités

## BIOCHIMIE SANGUINE

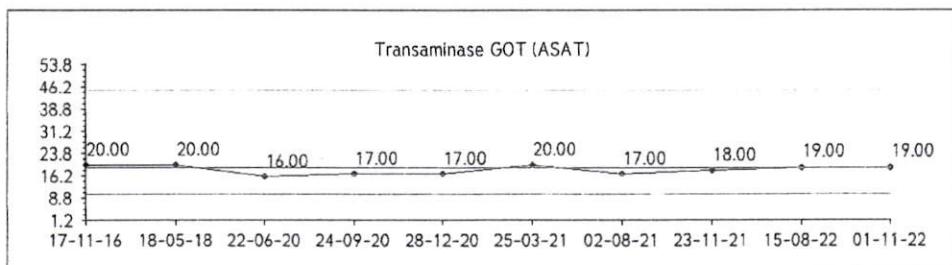
15-08-2022

Transaminase GOT (ASAT)

19 UI/L

(10-45)

19

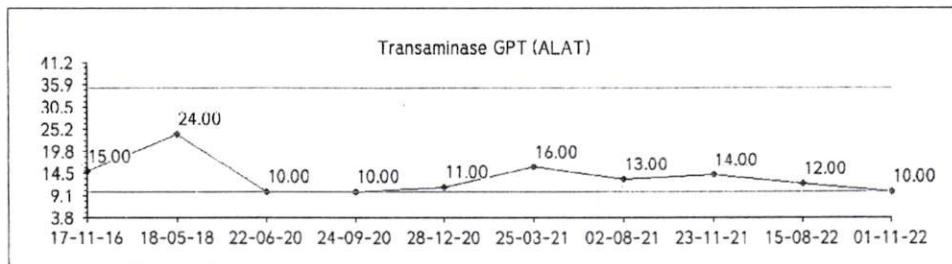


Transaminase GPT (ALAT)

10 UI/L

(10-35)

12



# 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

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 <sup>3</sup>	4.0
Hémoglobine	12.2	g/dL	12.1
Hématocrite	37	%	36
VGM	90	μ <sup>3</sup>	90
TCMH	30	pg	30
CCMH	33	g/100mL	34

#### Formule leucocytaire

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

#### Numération plaquetttaire

Plaquettes	272 000	/mm <sup>3</sup>	(150 000–400 000)	263 000
Volume Plaquettaire Moyen	9.5	fl	(6.0–11.0)	8.9

