

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

- Reclamation : 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

M22- 0011072

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0707 Société : R.A.M
 Actif Pensionné(e) Autre : AU8972
 Nom & Prénom : AIT LAKHDAR Mehdi
 Date de naissance : 01/01/1944
 Adresse : 36, Abou Ishaak el ouajjaj apt 6
Maarif Casablanca
 Tél. : 06 6360 7838 Total des frais engagés : 819,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 17/01/2023

Nom et prénom du malade : AIT LAKHDAR Mehdi

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : 10 FEEY 2023

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 : Casablanca Le : 10/01/2023

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
17/01/23	CONSULTATION Pratique	3 7770 a 49 (1,6)	3007,00	Dr. Faissal MATHI Spécialité en Immunologie Hay Tarik, Rue 40 N° 5 Berne Casablanca - Tél. : 05 22 76 74 33

EXÉCUTION DES ORDONNANCES

EXÉCUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Montant de la Facture
532 B 80 82 Tél. Date	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	17/01/23	Rx Epaule droite	200 DH
	17 JAN. 2023	B220+PL	319,80 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODP.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				Coefficient des travaux												
				Montants des soins												
				Début d'exécution												
				Fin d'exécution												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table> <tr> <td>H</td><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr> <td>D</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>B</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>G</td><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	Coefficient des travaux	
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		Montants des soins													
			Date du devis													
			Date de l'exécution													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



ORDONNANCE

المدينة
مصحة متعددة الاختصاصات

17/11/2023

Ag Air Lachdar M. S. i

- Rx de l'opérat. G

faissal
CLINIQUE AL MADINA

FACURATION
532, Bd Panoramique - Casablanca
Tél. : 05 22 77 77 49 à 49 (L.G.)
Fax : 05 22 77 77 01

Dr. Faissal MAGFOUR
Spécialité en Traumato Orthopédie
Hay Tarik, Rue 40 N° 5 Bernoussi
Casablanca - Tél. : 05 22 76 74 21

AL MADINA
clinique multidisciplinaire
radiologie & imagerie médicale
532, Bd Panoramique, Casablanca

BILLET D'ADMISSION

N° admission	 23A170917
Nom patient	AIT LAKHDAR NADIA
Médecin	MAGHFOUR FAISSAL
Motif	CONSULTATION DR MAGH
Encaissement	300.00

Visa accueil

ELORCHE 10:17

CLINIQUE AL MADINA
③ CAISSE
532 Bd Panoramique - Casablanca
Tel. : 05 22 77 77 40 à 49 (L.G)
Fax : 05 22 25 00 01



ORDONNANCE

17/12/2023

ART LAKHDAM NADIA

NY-1

GR 40 V

TCIK



CLINIQUE AL MADINA
FACTURATION
532, Bd Panoramique - Casablanca
Tél: 05 22 77 77 40 à 49 (L.G)
Fax: 05 22 77 77 40 à 49 (L.G)

Dr. Faissal MAGHFOUR
Spécialité en Traumato Orthopédie
Hay Tarik, Rue 40 N° 5 Bernoulli
Casablanca - Tél. : 05 22 76 74 24

مختبر التحاليل الطبية المعاريف
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES MAARIF

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



Casablanca le 17-01-2023

Mlle AIT LAKHDAR Nadia

FACTURE N° A230100293

Récapitulatif des analyses			
<i>CN</i>	<i>Analyse</i>	<i>Val</i>	<i>Clefs</i>
9105	Traitemet échantillon sanguin	E25	E
0216	Numération formule	B80	B
0229	Groupe ABO Rhésus	B60	B
0236	Taux de prothrombine	B40	B
0239	Temps de céphaline: TCK	B40	B

Total des B : 220

TOTAL DOSSIER : 319.80 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :
trois cent dix-neuf dirhams quatre-vingts centimes



LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES MAARIF

Dr. Abderrazzak ZIZI

Pharmacien Biologiste

Diplômé de la Faculté de Pharmacie de Reims



Casablanca le : 17-01-2023

Mlle AIT LAKHDAR Nadia

Code : 16080113

Référence : A230100293

Du : 17-01-2023

Prescripteur : Dr MAGHFOUR FAISSAL

Normes

Antériorités

HEMATOLOGIE

HEMOGRAMME

Numération Globulaire

			21-11-2022
Hématies	4.2	M/mm ³	(4.0-5.3)
Hémoglobine	13.5	g/dL	(12.5-15.5)
Hématocrite	39	%	(37-46)
VGM	93	μ ³	(80-95)
TCMH	32	pg	(28-32)
CCMH	35	g/100mL	(30-35)

Formule leucocytaire

Leucocytes	4 030	/mm ³	(4 000-10 000)	4 470
Neutrophiles	66	% soit	2 660 /mm ³	(1 500-7 500)
Eosinophiles	1	% soit	40 /mm ³	(<400)
Basophiles	0	% soit	0 /mm ³	(<100)
Lymphocytes	24	% soit	967 /mm ³	(1 500-4 000)
Monocytes	9	% soit	363 /mm ³	(200-1 000)

Numération plaquetttaire

Plaquettes	226 000	/mm ³	(150 000-400 000)	274 000
Volume Plaquettaire Moyen	9.6	fl	(6.0-11.0)	9.6

HEMOSTASE

Taux de Prothrombine (TP)

Taux de prothrombine	90.3	%	
INR	1.06		

(70.0-100.0)



مختبر التحاليل الطبية لات المعاريف
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES MAARIF

Casablanca le : 17-01-2023

Mme AIT LAKHDAR Nadia

Code : 16080113

Référence : A230100293

Normes

Antériorités

Temps de Céphaline Kaolin (TCK)

Temps Témoin	25.0	s
Temps Patient	23.3	s
Rapport	0.93	(0.80-1.20)

IMMUNO-HEMATOLOGIE

GROUPE SANGUIN ABO ET RHESUS

Groupe sanguin ABO	B
Rhésus (D)	Positif





FACTURE N°:	187/2023
DATE FACTURE	17/01/2023
DATE EXAMEN	17/01/2023

AIT LAKHDAR NADIA

Désignation	Montant
EPAULE GAUCHE DE FACE	200,00
<u>TOTAL</u>	200,00

Arrêtée la présente facture à la somme de **DEUX CENTS DHS**

ابن النفيس
 Radiologie & Imagerie Médicale
 532, Bd. Panoramique, Casablanca

Casablanca, le 17/01/2023

PATIENT : AIT LAKHDAR NADIA

MEDECIN TRAITANT : DR MAGHFOUR FAISSAL

RADIOGRAPHIE DE L'EPAULE GAUCHE DE FACE

RESULTATS :

- Contrôle d'une fracture médio diaphysaire de l'humérus traité par embrochage centromédullaire.
- Epaississement des parties molles.

Merci de votre confiance

Dr BELAAROUSSI

IBN NAFIS
ابن النفيس
Radiologie & Imagerie Médicale
532, Bd Panoramique, Casablanca