

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



Déclaration de Maladie

M22- 0022435

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4780 Société : AS4092

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : HOUE DARI Fatma

Date de naissance : 06/05/90

Adresse : Hay Soumaya, Casablanca

Tél. : 06 45 74 19 05 Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 21 MAR 2023

Nom et prénom du malade : HOUE DARI Fatma Age : 33

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : IRAC / Diabète

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 donnés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : _____ Le : 21 MAR 2023

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 Réglé des Actes
30/12/22		2	210	 Dr. Fatima Népimé - D.D.S. Farnatine 3 N° 81 Bd Mohammed VI Hay Salama - Casa Tél: 05 22 55 07 00 Fax: 05 22 55 07 11
31/12/23				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la facture

03/01/23 416,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue Date Désignation des Coefficients Montant des Honoraires

30/12/22 B 140 164,00 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

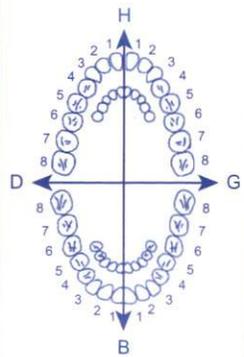
Cachet et signature du Praticien Date des Soins Nombre Montant détaillé des Honoraires

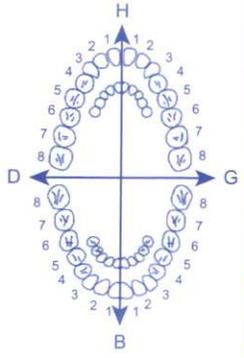
AM PC IM IV

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 canaux, 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" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	G																	
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>																
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																

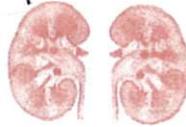
(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Fatima Fatnane

Spécialiste Néphrologie Maladies du Rein
Rein Artificiel

Ancienne Médecin du C.H.U Ibn Rochd
Ancienne Chef Service de Dialyse
Hôpital Ben Msik Sidi Othmane



الدكتورة فاطمة فتنان

اختصاصية أمراض الكلي
الكلية الاصطناعية

دكتورة سابقة بمستشفى ابن رشد
بإسرة مصلحة تصفية الدم سابقا
بمستشفى ابن امسيك سيدي عثمان

ORDONNANCE

Fatnane 3 N° 81 - Casablanca
Néphro - Dialyse
Bd Mohamed Bouziane
Tél: 05 22 55 62 98 - Fax: 05 23 56 84 77

Dr. FATMANE
Néphro - Dialyse
Fatnane 3 N° 81 Bd Mohamed Bouziane
Hay SALAMA - Casablanca
Tél: 05 22 55 62 98 - Fax: 05 23 56 84 77

Nom/Prénom :

K H O U D A R I
Fatma

Medicales EL JOULANE
Docteur TARIK Jawad
Chait

Chait ou e

Dr. Fatma FATMANE
Néphro - Dialyse
Fatnane 3 N° 81 Bd Mohamed Bouziane
Hay SALAMA - Casablanca
Tél: 05 22 55 62 98 - Fax: 05 23 56 84 77

Fatnane 3 N° 81
Bd. Mohamed Bouziane
Hay SALAMA - CASABLANCA
Tél: 05 22 55 62 98
Fax: 05 23 56 84 77

فرتنان 3 رقم 81
شارع محمد بوزيان
حي السلامة - البيضاء
الهاتف: 05 22 55 62 98

Dr. Fatima Fatnane

Spécialiste Néphrologie Maladies du Rein
Rein Artificiel

Ancienne Médecin du C.H.U Ibn Rochd
Ancienne Chef Service de Dialyse
Hôpital Ben Msik Sidi Othmane



الدكتورة فاطمة فتنان

اختصاصية أمراض الكلى
الكلية الإصطناعية

دكتورة سابقة بمستشفى ابن رشد
رئيسة مصلحة تصفية الدم سابقا
بمستشفى ابن امسيك سيدي عثمان

ORDONNANCE

Casablanca, le : 3/1/23

Nom/Prénom : KHOUARI Fatma

Rheumatoïde

30 jours

34.60 x 3

Losartan 40 = 1/2

89.00 x 2

Calumet

134.50 1 CP x 2/j

ARCOWA 120

416.30

PHARMACIE EL MOUCHI
Mehdi BELAYACHI
355, Av. Reda Guedira, Casablanca
Casablanca - Tél: 05 22 55 30 00

Centre Dialyse Assalama
Dr. Fatima FATNANE
Farhatine 3 N° 81 Bd Mohamed Bouziane
Hay SALAMA - Casa
Tél: 05 22 55 62 98 - Fax: 05 22 56 04 77

Farhatine 3 N° 81
Bd. Mohamed Bouziane
Hay SALAMA - CASABLANCA
Tél.: 05 22 55 62 98
Fax : 05 22 56 94 77

فرحتين 3 رقم 81
شارع محمد بوزيان
حي السلامة - البيضاء
الهاتف: 05 22 55 62 98
الفاكس: 05 22 56 94 77

LOT : Z2E004
PER : 01 2026
LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V : 34DH60
6 118000 060468

LOT : Z2E010
PER : 04 2026
LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V : 34DH60
6 118000 060468

LOT : Z2E007
PER : 04 2026
LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V : 34DH60
6 118000 060468

EMENT ALIMENTAIRE. N'EST PAS UN MEDICAM
Laboratoires JUVA SANTE
FRANCE
8, rue Ch...
Impo...
282 Bd s...
FCE18 1224
LOT PER
Prix 89.00 Po 7

EMB7512W - Ref : 990517 - ETJUM994
Laboratoires JUVA SANTE
FRANCE
Christophe Colombo, 75008 PARIS - FRA
FCE20 0625
LOT PER
Prix 89.00

Arcoxia 120 mg
7 comprimés
P.P.V : 13450 DH
Distribué par SD Maroc
AMM 448/16DH/P/21/NT0
6 118001 160068
28821/1-916021/1N27002

(V2)



Dr. TARIK Jawad
Médecin Biologiste

الدكتور طارق جواد
طبيب اختصاصي في التحليلات الطبية

FACTURE N° : 221201716

INPE : 093001642
ICE : 001689421000077

Casablanca le 30-12-2022

Patient : Mme KHOUDARI Fatna

Médecin : Dr FATNANE FATIMA

Récapitulatif des analyses		
CN	Analyse	Clé
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	E10
0135	Urée	B30
0170	Créatinine (Examen urinaire)	B30
0111	Créatinine	B30
0205	Clearances de la créatinine	B50

Total des B : 140

TOTAL DOSSIER : 164 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : cent soixante-quatre dirhams .

LABORATOIRE D'ANALYSES
MEDICALES EL JOULANE
Docteur TARIK Jawad
5 Bloc 16, Av. El Joutane Sidi Othmane
Tél : 05 22 38 05 30



Dr. **TARIK Jawad**
Médecin Biologiste

الدكتور طارق جواد
طبيب اختصاصي في التحليلات الطبية

Date du prélèvement : 30-12-2022 à 09:17
Code patient : 20220727129
Né(e) le : 01-01-1949 (73 ans)

Mme **KHOUDARI Fatna**
Dossier N° : **20221230082**
Prescripteur : Dr **FATNANE FATIMA**



BIOCHIMIE SANGUINE

			03-10-2022
UREE (Méthode Uréase-GLDH Beckman Coulter)	1.27 g/L 21.15 mmol/L	(0.17-0.50) (2.83-8.33)	1.21
CREATININE SANGUINE (Méthode Enzymatique Beckman Coulter)	33.0 mg/L 292.0 µmol/L	(5.0-11.0) (44.2-97.3)	32.0

BIOCHIMIE URINAIRE

			03-10-2022
DIURESE : (Résultat sous réserve d'une diurèse correcte)	1.55 l/24 h		1.56
CREATININE URINAIRE (Méthode Enzymatique Beckman Coulter)	580 mg/L		620

CLAIRANCE MESUREE DE LA CREATININE

			03-10-2022
Volume des urines : (Sous réserve d'un bon recueil des urines de 24h)	1 550 mL		1 560
Créatinine sanguine	33.0 mg/L		32.0
CLAIRANCE MESUREE	19 ml/mn	(80-120)	21

- > 60 ml/mn : Fonction rénale normale
- 30 à 60 ml/mn : Insuffisance rénale modérée
- 15 à 30 ml/mn : Insuffisance rénale sévère
- < 15 ml/mn : Insuffisance rénale grave

