

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.

N° W21-793179

AS6767

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 07788

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Rehauteo
LAILA

Nom & Prénom : KERFOU BI

Date de naissance :

03/03/1963

Adresse :

Los Jardins de l'Océan V6

Tél. :

066121442

Total des frais engagés : # 900 - Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :



Nom et prénom du malade :

Age:

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

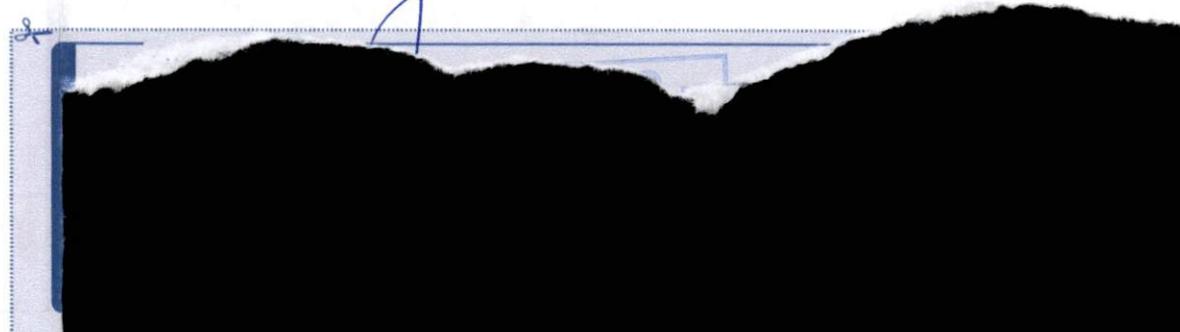
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 03/04/2023

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
ESF DANDY RADIODIAGNOSTIQUE Lyon	18/03/2023	B 0000	900 DT

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'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
25533411	21433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DOCTEUR RABIA BENCHEQROUN

Spécialiste des Maladies du Foie,
Tube Digestif et Pancréas

الدكتورة ربيعة بنشقرورون

اختصاصية في أمراض الكبد،
الجهاز الهضمي والبنكرياسame kermoudi
tales

Casablanca, le

1/03/2023

- 1) Ac autoinflam
- 2) Ac auto mitochondri
- 3) Ac auto muscle lung
- 4) Ac auto كبد

LABORATOIRE D'ANALYSES
MEDICALES DRAC
Dar Bouazza, Lot N° 14 - Magasin N° 8
Rue Madinat Errahma - Casablanca
Tel : 05 22 90 32 22
E-mail : contact@laboueddiba.ma

DOCTEUR RABIA BENCHEQROUN
الدكتورة ربيعة بنشقرورون
Spécialiste des Maladies du Foie,
Tube Digestif et Pancréas - Proctologie
554 Bd. Goulimima, Etage 1, N° 1 - Bourgogne - Casablanca
bencheqroungastro@gmail.com - 05 22 430 363 / 06 64 292 293



LABORATOIRE OUED DRAA D'ANALYSES MEDICALES

N°8, Lottissement 135, Madinat Arrahma – Casablanca

Tél : 05 22 90 32 22 Patente: 32963487 I.F:48554293 I.C.E: 002713829000029
E-mail: contact@laboueddraa.ma

INPE :



093064269

FACTURE N°: 230300211

CASABLANCA le 18-03-2023

Mme KERMOUDI Laila

Récapitulatif des analyses		
CN	Analyse	Clé
9105	Anticorps anti-muscle lisse Forfait traitement échantillon sanguin	B250 E20
0347	Anticorps anti-mitochondries type M2 Auto anticorps anti nucléaires Anticorps anti-réticulum endoplasmique	B250 B150 B250

Total des B : 900

TOTAL DOSSIER : 900.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : neuf cents dirhams .

NB : Tout changement de la date de la facture est non permis (Veuillez respecter les délais de dépôt de vos dossiers médicaux auprès de votre assurance)

E-mail : contact@laboueddraa.ma
Tél : 05 22 90 32 22
Rue Madine El Oued, Lottissement 135 - Casablanca
LABORATOIRE OUED DRAA D'ANALYSES MEDICALES
N°8

Date du prélèvement : 18-03-2023 à 11:36
 Code patient : 220713006
 Né(e) le : 03-03-1963 (60 ans)

Mme KERMOUDI Laila
 Dossier N° : 230318020
 Prescripteur :



AUTO-IMMUNITE

RECHERCHE DES ANTICORPS ANTI-NUCLEAIRES (AAN) ET ANTI-COMPOSANTS CYTOPLASMIQUES PAR IF:

(Technique IFI : Hep2 – EUROIMMUN)

Résultat :

Recherche négative

Négatif <1.0
 Douteux 1.0–1.2
 Positif > 1.2

Aspect :

Absence de fluorescence

Une recherche négative d'anticorps anti-nucléaires ne permet pas d'exclure un contexte d'auto-immunité, notamment pour les anti-SSA/Ro60. Si le contexte clinique évocateur, une recherche SPECIFIQUE des anticorps peut compléter le bilan.

AC ANTI-CYTOSOL (LC1) :

Négatif

(Ag DOT – Alphadia Belgium)

Titre :

0.0 AU (<10.0)

AC Anti-MUSCLE LISSE (F-ACTIN) :

Négatif

(Ag DOT – Alphadia Belgium)

Titre :

0.0 AU (<10.0)

AC ANTI-MITOCHONDRIES TYPE M2:

Négatif

(Ag DOT – Alphadia Belgium)

Titre :

0.0 AU (<10.0)

Validé par : Dr. El andalousi kenza



Page 1 / 1

أوقات العمل : من الاثنين إلى الجمعة 7h30 - 18h30 / سamedi 7h30-13h00 -13h00 -7h30 18h30- 7h30 / السبت

رقم 8، تجزئة 135، مدينة الرحمة - الدار البيضاء N°8, Lotissement 135, Madinat Errahma - Casablanca

Tél. : 0522 90 32 22 - Email : contact@laboueddraa.ma - Site web : laboueddraa.ma