

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.

Maladie

Dentaire

Optique

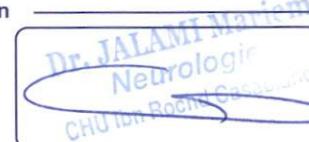
Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0707	Société : DAM 167436
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)
Nom & Prénom : AIT LATHDAD Mehdi	
Date de naissance : 01/01/1944	
Adresse : 36 Abou Ishaq el ouajjaj a77t6 maarif Casablanca	
Tél. 0663 60 78 38	Total des frais engagés : 266,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **23/05/2023**

Nom et prénom du malade : **AIT Latkhadan Laifa** Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection neurologique chronique

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 : **Casablanca**



Le : **05/06/2023**

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
03/05/23	CS		6	<i>Dr. JALAMI</i> Neurologie CHU Ibn Rochd Casablanca
03/05/23	CS		6	<i>Dr. JALAMI</i> Neurologie CHU Ibn Rochd Casablanca
EXECUTION DES ORDONNANCES				
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture		

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>DR. JALAMI - CASABLANCA</i> * MAARIF *	22/05/23	6.180 + 1C	266,20 dh

AUXILIAIRES MEDICAUX

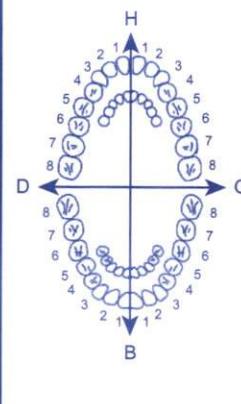
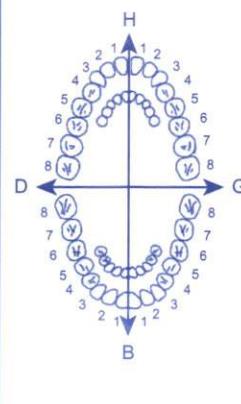
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <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></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000		35533411	11433553
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



BILLET D'EXAMEN

Date : 03/01/2023

Prénoms - Nom du malade : Ait Lakhdar Leila

Service : N° d'admission :

Renseignements Cliniques	Résultat d'Examen
<ul style="list-style-type: none"> - ASAT - ALAT - NFS - nbi. 	<p>g dans une <u>Semaine</u></p> 

Le médecin traitant

Dr. HJELJ Ghita
Neurologie
CHU Ibn Rochd Casablanca

Dr. JADMI Mariem
Neurologie
CHU Ibn Rochd Casablanca

Tél. : 05 22 48 20 20 / 05 22 48 30 30
Fax : 05 22 29 94 83

مختبر المعاشريف لتحليلات الطبية

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES MAARIF

Dr. Abderrazzak ZIZI

Pharmacien Biologiste

Diplômé de la Faculté de Pharmacie de Reims



Casablanca le 22-05-2023

Mlle AIT LAKHDAR Leila

FACTURE N° A230500482

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Traitemet 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



LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES MAARIF

Dr. Abderrazzak ZIZI

Pharmacien Biologiste

Diplômé de la Faculté de Pharmacie de Reims



Casablanca le : 22-05-2023

Mlle AIT LAKHDAR Leila

Code : 16060548

Référence : A230500482

Du : 22-05-2023

Prescripteur : Dr HJIEJ Ghita

Normes

Antécédentes

HEMATOLOGIE

HEMOGRAMME

Numération Globulaire

			02-05-2023
Hématies	4.1 M/mm ³	(4.0-5.3)	4.1
Hémoglobine	12.3 g/dL	(12.5-15.5)	12.2
Hématocrite	36 %	(37-46)	37
VGM	88 μ ³	(80-95)	90
TCMH	30 pg	(28-32)	30
CCMH	34 g/100mL	(30-35)	33

Formule leucocytaire

Leucocytes	4 970 /mm ³	(4 000-10 000)	4 490
Neutrophiles	2 435 /mm ³	(1 500-7 500)	2110
Eosinophiles	99 /mm ³	(<400)	90
Basophiles	0 /mm ³	(<100)	0
Lymphocytes	2 038 /mm ³	(1 500-4 000)	1931
Monocytes	398 /mm ³	(200-1 000)	359

Numération plaquettaire

Plaquettes	248 000 /mm ³	(150 000-400 000)	280 000
Volume Plaquettaire Moyen	9.1 fl	(6.0-11.0)	8.8



مختبر التحاليل الطبية المعريف
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES MAARIF

Casablanca le : 22-05-2023

Mlle AIT LAKHDAR Leila

Code : 16060548

Référence : A230500482

Normes

Antériorités

BIOCHIMIE SANGUINE

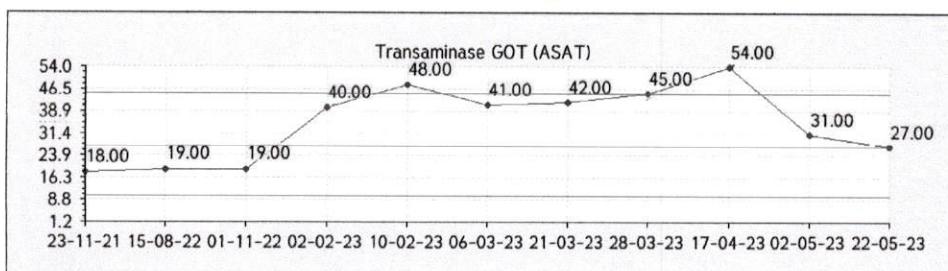
Transaminase GOT (ASAT)

27 UI/L

(10-45)

02-05-2023

31



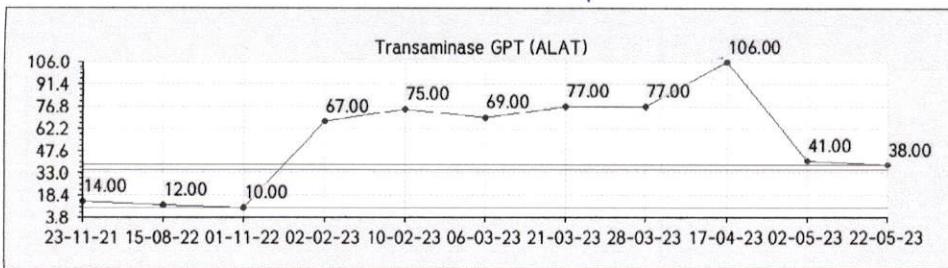
Transaminase GPT (ALAT)

38 UI/L

(10-35)

02-05-2023

41



p : 2 / 2