

# 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 canaux, 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 canaux.

## 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

N° P19- 0045275

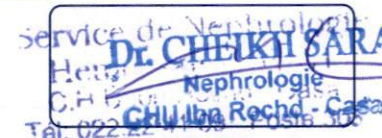
☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4161 Société : R.A.M. 183322  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : H. LILA HAKIMA  
 Date de naissance : 11/11/63  
 Adresse : 179 Bd BRAHIM ROUDANI IM L Ap 2  
 Maarif CASA  
 Tél : 0661478650 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 18/10/2023  
 Nom et prénom du malade : H. LILA HAKIMA Age :  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 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 : 07314

Le : 18/10/2023

Signature de l'adhérent(e) :



# 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 Paiement des Actes
18/10/2023	CO			Dr. CHEIKH SAR Néphrologie CHU Ibn Rochd - Casa

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES AL MOHAY 44, Rue des Hôpitaux Casablanca 20000 Tél: 0522 27 84 74 Fax: 0522 27 22 00 Gsm: 0666 55 19 62	31/10/23	330	494,00 DH

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B	B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



IBN ROCHD ابن رشد  
Casablanca الدار البيضاء

**CHU**

Royaume du Maroc  
Ministère de la Santé  
Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd  
Hôpital Ibn Rochd - Casablanca

المملكة المغربية  
وزارة الصحة

المركز الإستشفائي الجامعي ابن رشد  
مستشفى ابن رشد - الدار البيضاء



## BILLET D'EXAMEN

Date : 28/10/2023

Prénoms - Nom du malade : Mme HILAL Nakima

Service : N° d'admission :

Renseignements Cliniques	Résultat d'Examen
To plograf	<p><b>LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES AL KINDY</b> 44, Rue des Hôpitaux Casablanca 20360 Tél: 0522 27 84 74 Fax: 0522 27 22 86 Gsm: 0666 55 19 62</p>

Le médecin  
**Dr. CHEIKH SARA**  
Néphrologie  
CHU Ibn Rochd - Casa

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



## Facture

N° facture : 23-05788

Date : 31/10/2023

Date de prélèvement : 31/10/2023

Patient : Mme HLILA Hakima

Analyses	Valeur en B	Montant
TACROLIMUS	350	469,00
Total B	350	469,00
APB	1,0	25,00
Majoration de garde		
Total		494,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : Quatre cent quatre-vingt-quatorze dirhams\*\*\*

**LABORATOIRE D'ANALYSES  
MEDICALES AL KINDY**  
44, Rue des Hôpitaux Casablanca 20360  
Tél: 0522 27 84 74 Fax: 0522 27 22 86  
Gsm: 0666 55 19 62



# مختبر التحليلات الطبية الكندي

## LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES AL KINDY

Dr. BELHACHMI JAMAL  
Pharmacien Biologiste  
Laureat de L'université de Lille

بلهاشمي جمال  
صيدلي إحيائي  
خريج جامعة ليل

Biochimie - Hématologie - Bactériologie - Virologie - Immunologie - Parasitologie - Mycologie

Examen du : 31/10/2023

Heure Plvt : 7:53:00

Edité le : 08/11/2023



Mme **HLILA Hakima**

Code Patient : 15-02783



Réf : 311023-001

Date Naiss : 01/01/1963

### Compte rendu d'analyses

Page : 1/1

### DOSAGE DES MEDICAMENTS

		Valeurs Usuelles	Antériorité
TACROLIMUS	:	6,52 ng/ml	4,63 (17/08/22) 5,37 (30/06/20)~~~~
Zone thérapeutique en taux résiduel en µg/l			
	Initial	Maintien	
Transplantation rénal	10-15	10-15	
Transplantation hépatique	10-15	10-15	

Nous vous remercions de votre confiance et vous souhaitons bon rétablissement

**LABORATOIRE AL KINDY**  
**Dr. J. BELHACHMI**  
44, Rue des Hôpitaux Casablanca 20360  
Tél: 0522 27 22 86 Fax: 0522 27 22 86  
INPE: 093002517