

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4161

Société : R.A.M.

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : H. LILIA HAKIMA

Date de naissance : 11/11/63

Adresse : 179 B3 BRAHIM ROUDANI IM L App 20

Macinif CASA

Tél. : 0661-178650 Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Service de Néphrologie
Dr. CHEIKH SARA
Hôpital
CHU Ibn Rochd - Casablanca
Tél. 022 22 20 45 45

Cachet du médecin :

Date de consultation : 18/10/2023

Nom et prénom du malade : H. LILIA 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 : CASA

Le : 18/10/2023

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
18/10/2023	CC			Dr. CHEIKH SAR Nephrologie CHU Ibn Rochd - Casab

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-JAHNA 44, Rue des Hôpitaux Casablanca Tél: 0522 27 84 74 Fax: 0522 27 19 62 Gsm: 0666 55 19 62	31/10/23	B350	494,00 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 canalaires, 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			Coefficient des Travaux
	H	25533412 21433552 00000000 00000000	D	MONTANTS DES SOINS
	B	35533411 11433553		DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



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 : 18/10/2023

Prénoms - Nom du malade : Hme HliLa Nakima

Service : N° d'admission :

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

Le médecin traitant
Dr. CHEKHLI SARA
Nephrologie
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 التحاليل 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 - Bacteriologie - 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

TACROLIMUS : 6,52 ng/ml

Valeurs Usuelles

Antériorité

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