

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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.

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



195177

Déclaration de Maladie

M23- N° 0033180

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 941 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Ait Touloud Ahmed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. 06 61 14 17 60 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03/02/24

Nom et prénom du malade : Ait Touloud Ahmed Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 : Casa Le : 05/02/2024

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 Paiement des Actes
03/02/24		C2	21000	

L. LAHOUAHIA
O.R.L.
 Bd. Gd. Ceinture, H.M. - Casa
 Tél.: 07 15 64 69 24

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
	02/02/24	NFS, feu	5860

L. LAHOUAHIA
O.R.L.
 Bd. Gd. Ceinture, H.M. - Casa
 Tél.: 07 15 64 69 24

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>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	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

Dr. LAHLOU LAHRICHI Rajae



الدكتورة لحلو الحريشي رجا

Spécialiste Diplômée de la Faculté
de médecine de Bordeaux
Maladies et Chirurgie Nez - Oreille - Gorge
Chirurgie de la Face et du Cou
Ex-Médecin chef de service d'O.R.L.
à l'Hopitale Mohamed V - Casablanca

حاصلة على شهادة اختصاص
من كلية الطب بـبوردو
أمراض وجراحة الأنف - الأذن - الحنجرة
جراحة الوجه والعنق
رئيسة سابقا لمصلحة أمراض الأنف - الأذن - الحنجرة
بمستشفى محمد الخامس - الدار البيضاء

Casablanca le :

03/02/24

Art nouhou Ahmed

- NFS / gattas sg.

- VS

- Ferri t'ind be.

LABORATOIRE CHARLES NICOLLE
Dr. FAVARD ENIN LAHRICHI
RCS Pasteur 21, Place Pasteur - Cas
Tél: 0522 49 26 74 / 0522 49 26 75
Fax: 0522 49 26 74 / 0522 49 26 75

LAHLOU LAHRICHI Rajae
O.R.L.
Bd. Gd. Ceinture, H.M. Casa
Tél.: 07 15 64 69 24



Laboratoire Charles Nicolle
ANALYSES MEDICALES

Dr. FAVARD ENNACHACHIBI Mireille
Pharmacien - Biologiste

DIPLOMEE DE L'UNIVERSITE DE LYON ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS C.E.S. DE BACTERIOLOGIE
VIROLOGIE, HEMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE, PARASITOLOGIE, MYCOLOGIE, BIOCHIMIE

FACTURE : 63952

Casablanca, le 07/02/2024

CN 23870

Nom et Prénom : **Monsieur AIT MOULOUD Ahmed**

Référence : **070224 058**

ANALYSES BIOLOGIQUES :

FERRITINE B 250

VITESSE DE SEDIMENTATION B 30

NUMERATION FORMULE B 80

Prélèvements : 1 25,00 Dh

MONTANT NET : 507,40 Dhs (Soit 360 B)

Arrêtée la présente facture à la somme de :
Cinq cent sept Dirhams et quarante centimes

Dr. FAVARD ENNACHACHIBI
R. Pasteur, 21, Place Pasteur - Casa
Tél: 0522 49 26 74 / 98
Fax: 0522 49 26 71

LABORATOIRE CHARLES NICOLLE

21, Place Louis Pasteur Quartier des Hôpitaux 20100 CASABLANCA

Tel : 0522492674 Fax : 0522492671

Dr Mireille FAVARD

Patente N° 36340350 C.N.S.S. N° 2256180 R.C : 281742 IF:59301957

Mr. AIT MOULOUD Ahmed
Medecin Dr. LAHLOU LAHRICHI RAJAE**CN BE22410 RF: 070224058 P :**

Prélèvement Effectué au Laboratoire

Edité le: 07/02/2024

Date de naissance: 13/01/1946

Prélèvement le 07/02/2024 à 11h33

Résultats complets

CASABLANCA, le 07/02/2024

**HEMATOLOGIE**

Seuls les examens mentionnés avec le symbole [AC] sont couverts par l'accréditation (portée AA02/2019)

VALEURS DE REFERENCE

ANTECEDENTS

HEMOGRAMME (Cytométrie de flux SYSMEX) Echantillon: sang total EDTA

Valeurs de réf adulte annales biologie clinique 2014-Pédiatrie RFL 2009

NUMERATION GLOBULAIRE [AC]

Hématies	:	5,12	M/mm3	(4.28 - 5.79)	23/11/23 : 5.34
Hémoglobine	:	15,30	g/dl	(13.4 - 16.7)	23/11/23 : 14.70
Hématocrite	:	46,9	%	(39.2 - 48.6)	23/11/23 : 45.2
V.G.M	:	92	fl	(78 - 97)	23/11/23 : 85
T.G.M.H	:	29,9	pg	(26.3 - 32.8)	23/11/23 : 27.5
C.C.M.H	:	32,6	%	(32.4 - 36.3)	23/11/23 : 32.5
Leucocytes	:	5 760	/mm3	(4050 - 11000)	23/11/23 : 5480

FORMULE LEUCOCYTAIRE [AC]

Polynucléaires Neutrophiles:	58 %			
Soit	3 341	/mm3	(1780 - 6946)	23/11/23 : 2685
Polynucléaires Eosinophiles:	1 %			
Soit	58	/mm3	(0 - 630)	23/11/23 : 164
Polynucléaires Basophiles :	1 %			
Soit	58	/mm3	(0 - 63)	23/11/23 : 0
Lymphocytes	: 31 %			
Soit	1 786	/mm3	(1241 - 3919)	23/11/23 : 2082
Monocytes	: 9 %			
Soit	518	/mm3	(228 - 773)	23/11/23 : 548

PLAQUETTES [AC]	:	121 *	Mil/mm3	(161 - 398)	23/11/23 : 128
VPM vol.plaquettaire moyen:	14	fl	(8 - 12)		
Rapport grandes plaquettes:	52	%	(15 - 35)		

Lecture du frottis :

- Une thrombopénie avec présence des macroplaquettes.

VITESSE DE SEDIMENTATION

(Technique GREINER Bio -one)

1ère heure	:	10	* mm	(3 - 7)	23/11/23 : 2
2ème heure	:	19	* mm	(6 - 17)	23/11/23 : 5

Résultat validé par Dr FAVARD Mireille

LABORATOIRE CHARLES NICOLLE

21, Place Louis Pasteur Quartier des Hôpitaux 20100 CASABLANCA

Tel : 0522492674 Fax : 0522492671

Dr Mireille FAVARD

Patente N° 36340350 C.N.S.S. N° 2256180 R.C : 281742 IF:59301957

Mr. AIT MOULOUD Ahmed
Medecin Dr. LAHLOU LAHRICHI RAJAE

CIN: BE22410

RF: 070224058

Prélèvement Effectué au Laboratoire

Edité le: 07/02/2024

Date de naissance: 13/01/1946

Prélèvement le 07/02/2024 à 11h33

Résultats complets

CASABLANCA, le 07/02/2024



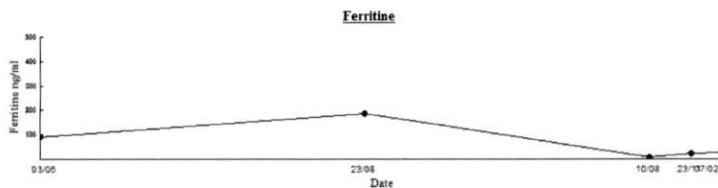
BIOCHIMIE 1

Seuls les examens mentionnés avec le symbole [AC] sont couverts par l'accréditation (portée AA02/2019)

VALEURS DE REFERENCE

ANTECEDENTS

FERRITINE [AC] : **25,10** ng/ml (30- 350) 23/11/23 : 21.00
(Technique Immunoturbidimétrique ROCHE Cobas C 311)



Résultat validé par Dr FAVARD Mireille