

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.



Déclaration de Maladie

N° M21- 067924

☐ 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. : 0661141760 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 27/02/2024
Nom et prénom du malade : AIT Mohamed Ahmed Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Coloc / chlr
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 : 22/02/2024 Le : 28/02/2024
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

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
23/11/23	L		300 m	

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

23/11/23 5 360 Par 50 716 Du

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien Date des Soins Nombre Montant détaillé des Honoraires

AM PC IM IV

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

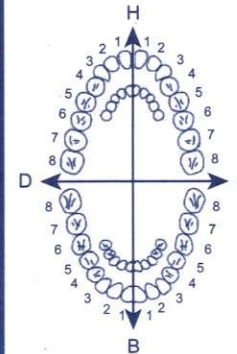
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

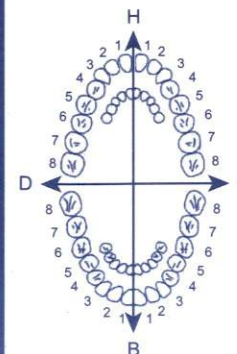
(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

ORDONNANCE

A

Le

AST Naming Ahmed

MS / VB

Sam Hume

Dr. SABIR MASOOPHA
MEDICAL CONSULTANT
25, Avenue Driss Lahrtzi
Tél: 06 72 22 40 64 65-Casa

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. SABER MUSTAPHA****CN BE22410 RF: 231123030 P :**

Prélèvement Effectué au Laboratoire

Edité le: 23/11/2023

Date de naissance: 13/01/1946

Prélèvement le 23/11/2023 à 11h29

Résultats complets

CASABLANCA, le 23/11/2023

**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	:	5,34	M/mm3	(4.28 - 5.79)	10/08/23 : 4.43
Hémoglobine	:	14,70	g/dl	(13.4 - 16.7)	10/08/23 : 10.60
Hématocrite	:	45,2	%	(39.2 - 48.6)	10/08/23 : 34.3
V.G.M	:	85	fl	(78 - 97)	10/08/23 : 77
T.G.M.H	:	27,5	pg	(26.3 - 32.8)	10/08/23 : 23.9
C.C.M.H	:	32,5	%	(32.4 - 36.3)	10/08/23 : 30.9
Leucocytes	:	5 480	/mm3	(4050 - 11000)	10/08/23 : 4260

FORMULE LEUCOCYTAIRE [AC]

Polynucléaires Neutrophiles:	49 %			
Soit	2 685	/mm3	(1780 - 6946)	10/08/23 : 2300
Polynucléaires Eosinophiles:	3 %			
Soit	164	/mm3	(0 - 630)	10/08/23 : 85
Polynucléaires Basophiles :	0 %			
Soit	0 *	/mm3	(0 - 63)	10/08/23 : 43
Lymphocytes	: 38 %			
Soit	2 082	/mm3	(1241 - 3919)	10/08/23 : 1321
Monocytes	: 10 %			
Soit	548	/mm3	(228 - 773)	10/08/23 : 511
PLAQUETTES [AC]	: 128 *	Mil/mm3	(161 - 398)	10/08/23 : 159

VPM vol.plaquettaire moyen:

Rapport grandes plaquettes:

fl
%

- Thrombopénie contrôlée sur frottis
(Présence des macro-plaquettes)

VITESSE DE SEDIMENTATION

(Technique GREINER Bio -one)

1ère heure	:	2	*	mm	(3 - 7)	10/08/23 : 14
2ème heure	:	5	*	mm	(6 - 17)	10/08/23 : 34

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 MOULOU Ahmed
Medecin Dr. SABER MUSTAPHA

Prélèvement Effectué au Laboratoire

CIN: BE22410

RF: 231123030

Edité le: 23/11/2023

Date de naissance: 13/01/1946

Prélèvement le 23/11/2023 à 11h29

Résultats complets

CASABLANCA, le 23/11/2023



BIOCHIMIE 1

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

VALEURS DE REFERENCE

ANTECEDENTS

FERRITINE [AC] : 21,00

ng/ml (30- 350)

10/08/23 : 7.90

(Technique Immunoturbidimétrique ROCHE Cobas C 311)

Résultat validé par Dr FAVARD Mireille



Laboratoire Charles Nicolle
ANALYSES MEDICALES

Dr. FAVARD ENNACHACHIBI Mireille
Pharmacien - Biologiste

DIPLOMÉE DE L'UNIVERSITÉ DE LYON ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS C.E.S. DE BACTÉRIOLOGIE
VIROLOGIE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE, PARASITOLOGIE, MYCOLOGIE, BIOCHIMIE

FACTURE : 62371

Casablanca, le 23/11/2023

CN 23870

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

Référence : **231123 030**

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

LABORATOIRE CHARLES NICOLLE
Dr. FAVARD ENNACHACHIBI MIREILLE
RCS Pasteur 21 Place Pasteur
Casablanca
Tél : 0522 49 26 74 / 98 Fax : 0522 49 26 74