

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
 0 Prise en charge : pec@mupras.com
 0 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.



Déclaration de Maladie

N° W21-817659

201902

C

Maladie

Dentaire

Optique

A

201902
Matricole : 00687

Société :

R
Retraite

Actif
Nom & Prénom :

LAHLOU SAID

Date de naissance :

20/02/1943

Adresse :

lot 101 n° 16 AV. SOUSS Zohraz
FES (V.A)

Tél. : 0668071434 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Dr. FAROUK SARRHOUCNI
Médecin
C.S.U. RAS EL MA



Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : LAHLOU SAID Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfan

Nature de la maladie :

Vertige + arthrose

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'adjudicataire.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

FES



Signature de l'adhérent :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-817659

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute
réclamation ultérieure.

Matricule : 00687

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

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
12/1 22 2024	C			INP : 031299980  FAROUK SARHROUCHI Médecin RAS EL MA

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES PRESCRIPTIONS		
Cahier du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie MOURCHID DR. BOUNKER MOURCHID 2, Bd. Boudiaf - Mourjids C. INPFE 0142025	12/12/2024	370 ₦

ANALYSES - RADIographies

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	

VOLET ADHERENT

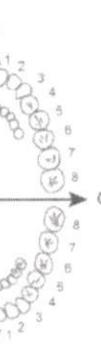
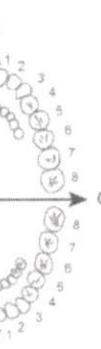
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																		
																		
<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>					H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
H	G																	
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
<p style="text-align: center;">(Création, remont, adjonction)</p> <p style="text-align: center;">Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉ

ARCOXIA® 60 mg

Etoricoxib

60 ملخ

أركوكسيا®
ايتوريكوكسيب



Fait le 12/02/2024

Dr. FAROUK SARHROUCHNI
Médecin
C.S.U. RAS EL MA

Maphar
Bd Alkemia N° 8, Ql.
Sidi Bernoussi, Casablanca
Tanganil 500mg cp b30
P.P.V : 50,10 DH

6 118001 183340

Distribué par MSD Maroc
P.P.V: 221,00 DH
AMM 450/16DMP/21/NTO

221,00

1) ARCOXIA 60 mg

2 capsules x 14,5

55,19

1 TANANANIC 20 mg

1 capsule x 1 min



370 Dhs

Dr. FAROUK SARHROUCHNI
Médecin
C.S.U. RAS EL MA

Pharmacie
MOURE
Dr. Bourassa M.
2 Bd. TADHIA, Nador
INPE : 7400

LOT 220194
EXP 09/2024
PPV 99.00DH

OEDES 20mg
28 gélules
6 118001 100088

ORDONNANCE

Dr. FAROUK SARHROUCHNI
Médecin
C.S.U. RAS EL MA

Fait le 12/02/2024

LAHLOU SAID

Faire

SVA

1) GAJ

2) HAC

3) PSA

4) ECBU exa direct
culture

Dr. FAROUK SARHROUCHNI
Médecin
C.S.U. RAS EL MA

Tel: 05 35 64 07 49 - Fax: 0535 73 30 71
IC: 00163353200061 - INP: 143001550
Dr. FASSI FHRI Abdellah
Laboratoire d'Analyse Médicale Kéraouyine
Casablanca - Maroc



LABORATOIRE EL KARAOUYINE D'ANALYSES MEDICALES
67, Av Khalid Ibn Walid (Ex. Kristiany) En Face de la Mosquée Mohammadi
Tél: 05.35.64.07.49 -- Fax: 05.35.73.30.71
PATENTE: 13244903 -- CNSS: 2071512

IF: 15603210 -- ICE: 001633532000051 -- INP: 143001550

FES le: 16/02/2024

FACTURE N° 3347/24

INP: 143001550
ICE: 001633532000051

Médecin	Docteur FAROUK
Nom du patient	MR LAHLOU SAID
Examens	- GLY- HBA1C- PSA- ECBU
Cotation	B 447
Montant	600,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de: **SIX CENT DIRHAMS**

مختبر المساليل الطبية المغربيين
Laboratoire d'Analyse Medical El Karaouyine
Dr. F. A. S. A. - Tél: 0535 64 07 49 - ICE: 001633532000051 - INP: 143001550
Tél: 05 35 64 07 49 - Fax: 0535 73 30 71



مختبر القرقيبي للتحليلات الطبية

LABORATOIRE D'ANALYSES DE BIOLOGIE MEDICALE EL KARAOUYINE

FASSI FIHRI ABDEL-ILAH

DOCTEUR EN PHARMACIE BIOLOGISTE LAUREAT DE L'U.L.P.STRASBOURG
C.E.S. IMMUNOLOGIE GENERALE - PARASITOLOGIE & MYCOLOGIE
MICROBIOLOGIE & VIROLOGIE CLINIQUE

Prélèvement du : 16/02/2024 à 08:31

Résultats édités le: 19/02/2024



Prescripteur: Docteur FAROUK

MR LAHLOU SAID

Dossier N° 22D2774

Page: 1/2

BIOCHIMIE SANGUINE

(Sur Automates Roche Cobas 6000 et Integra 400)

GLYCEMIE A JEUN.....: 1,14 g/l (*) 0,70 à 1,10 g/l
(Colorimétrie enzymatique) 6,34 mmol/l 3,89 à 6,10

DIABETOLOGIE/HPLC

(Sur Automate BIO-RAD D-10)

HEMOGLOBINE GLYQUEE HbA1c.....: 6,70 %
(Chromatographie)

* GLYCOHEMOGLOBIN REPORT *

LABO-KARAOUYINE

2024/02/16 09:58

TOSOH CORPORATION V01.24

NO: 0004 TB 0001 - 04

ID: 20240216012

CAL(N) = 1.2948X + 0.2525

TP 988

NAME	%	TIME	AREA
FP	0.0	0.00	0.00
A1A	0.6	0.23	6.70
A1B	0.9	0.31	10.36
F	0.3	0.45	3.81
LA1C+	2.3	0.53	27.15
SA1C	6.7	0.65	59.80
AO	91.0	1.02	1087.79
		TOTAL AREA	1195.60

MARQUEURS PROTEIQUES

ANTIGENE SPECIFIQUE PROSTATIQUE PSA: 5,29 ng/ml (*) 0,
(Cobas 6000).

Antécédent du 15/11/23 - 07:39 : 5,53 ng/ml

HbA1c 6.7%

HbA1 8.2 % HbF 0.3 %

0.0 1.0 2.0 15%

15 35 64 07 49 - Fax: 0535 73 30 71
0163353200065 - INP: 143001550
Laboratoire d'Analyses Médicales El Karaouyine
Dr. Fassi Fihri Abdellah
67 Avenue Khalid Ibn Walid (Ex. Kristiany) En face de la Mosquée Mohammadi Bouramana - FES
Tél: 05 35 64 07 49 Fax: 05 35 73 30 71 E-mail: fassifihiab@hotmail.com

67، شارع خالد بن الوليد (كريستيانى).سابقا) مقابل المسجد الحمدى بورمانة. فاس

67, Avenue Khalid Ibn Walid (Ex. Kristiany) En face de la Mosquée Mohammadi Bouramana - FES

Tél: 05 35 64 07 49 Fax: 05 35 73 30 71 E-mail: fassifihiab@hotmail.com



FASSI FIHRI ABDEL-ILAH

DOCTEUR EN PHARMACIE BIOLOGISTE LAUREAT DE L'U.L.P STRASBOURG
C.E.S. IMMUNOLOGIE GENERALE - PARASITOLOGIE & MYCOLOGIE
MICROBIOLOGIE & VIROLOGIE CLINIQUE

Prélèvement du : 16/02/2024 à 08:31

Résultats édités le: 19/02/2024



Prescripteur: Docteur FAROUK

MR LAHLOU SAID

Dossier N° 22D2774

Page: 2/2

EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES

EXAMEN DIRECT

Aspect.....	Clair
Couleur.....	Jaune
Culot.....	Absence
pH.....	7
Albumine.....	Négative
Glucose.....	Négative
Sang.....	Négative
Corps cétoniques.....	Negative
Nitrites.....	Négative

CYTOLOGIE

Leucocytes.....	10X2 /ml	0 à 1 000
Hématies.....	10X2 /ml	0 à 100
Cellules épithéliales.....	Rares	
Cylindres.....	Absence	
Cristaux.....	Absence	
Trichomonas.....	Absence	
Levures.....	Absence	
Oeufs de parasites.....	Absence	

RECHERCHE DE GERMES

Examen direct (Bleu-Gram).....	RAS
Numération des germes.....	inf à 10.000 germes/ml
Conclusion.....	Absence d'infection

Antécédent du 17/08/22 - 09:38 :

مختبر التحاليل الطبية
Laboratoire d'analyse Medical El Karaouyine
Rue Dr. S. S. Fihri Andchah
Ass. 05 35 35 2000051 - INP: 143001550
Tél: 05 35 64 07 49 - Fax: 05 35 73 30 71

Total de pages: 2

67، شارع خالد بن الوليد (كريستياني)-سابقا) مقابل المسجد الحمدي بورمانة-فاس

67, Avenue Khalid Ibn Walid (Ex. Kristiany) En face de la Mosquée Mohammadi Bouramana - FES

Tél: 05 35 64 07 49 Fax: 05 35 73 30 71 E-mail: fassifihiab@hotmail.com