

# 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.

## Biologie 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.

## Educateur :

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.

## Prothésiste :

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

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° P19-0025187

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0707 Société : RAN  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : AIT LAHHADAR Mehdi  
Date de naissance : 01/01/1944  
Adresse : 36, Rue Abou Ishak el Oujjaï appt 6  
Maarif Casablanca  
Tél. : 0663607832 Total des frais engagés : 2266,20 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 08/10/2019  
Nom et prénom du malade : Nadia AIT LAHHADAR Age : 53 ans  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant  
Nature de la maladie : Sclérose en plaques  
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.

22 OCT. 2019

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 : Casablanca Le : 18/10/2019  
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

### 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
	07/10/19	B180 +PL	266,20 €

### AUXILIAIRES MEDICAUX

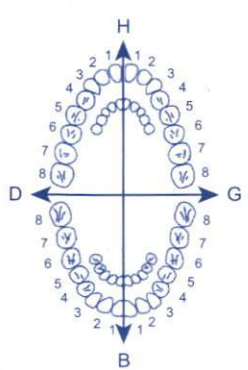
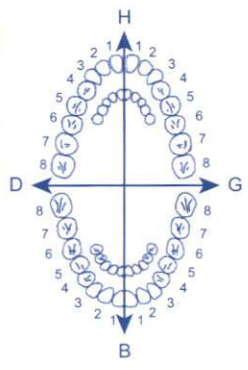
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### 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

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>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"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <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																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE



## BILLET D'EXAMEN

Date : 16/07/19

Prénoms - Nom du malade : A. t. La Khodan Nadia

Service : P28 N° d'admission :

Renseignements Cliniques	Résultat d'Examen
<p>- NFS - Tg</p> <p>- ASAT ALAT</p>	 <p>LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES Dr ZIZIA. 400 Bd Brahim Roudani - CASA Tél: 0522 23 35 61 * MAARIF *</p>

Le médecin traitant

Dr. LAHLOU Zineb  
Neurologie  
CHU Ibn Rochd - Casablanca

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

no/212

مختبر التحليلات الطبية المعاريف

# LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES MAARIF



Laboratoire Certifié ISO 9001 du 06/04/15

Dr. Abderrazzak ZIZI

Pharmacien Biologiste

Diplômé de la Faculté de Pharmacie de Reims



Casablanca le 07-10-2019

Mlle AIT LAKHDAR Nadia

FACTURE N° A19100212

## Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Traitement échantillon sanguin	E25	E
0146	Transaminases O (TGO)	B50	B
0147	Transaminases P (TGP)	B50	B
0216	Numération formule	B80	B

Total des B : 180

TOTAL DOSSIER : 266.20 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :  
deux cent soixante-six dirhams vingt centimes





Dr. Abderrazzak ZIZI

Pharmacien Biologiste

Diplômé de la Faculté de Pharmacie de Reims



Casablanca le : 07-10-2019

Mlle AIT LAKHDAR Nadia

Code : 16080113

Référence : A19100212

Du : 07-10-2019

Prescripteur : Dr LAHLOU ZINEB

Normes

Antériorités

## HEMATOLOGIE

### HEMOGRAMME

#### Numération Globulaire

				08-07-2019
Hématies	4.2	M/mm <sup>3</sup>	(4.0-5.3)	4.2
Hémoglobine	12.8	g/dL	(12.5-15.5)	12.8
Hématocrite	38	%	(37-46)	37
VGM	90	μ <sup>3</sup>	(80-95)	88
TCMH	30	pg	(28-32)	30
CCMH	34	g/100mL	(30-35)	35

#### Formule leucocytaire

Leucocytes		4 340 /mm <sup>3</sup>	(4 000-10 000)	4 480
Neutrophiles	50 % soit	2 170 /mm <sup>3</sup>	(1 500-7 500)	2419
Eosinophiles	4 % soit	174 /mm <sup>3</sup>	(<400)	134
Basophiles	0 % soit	0 /mm <sup>3</sup>	(<100)	0
Lymphocytes	36 % soit	1 562 /mm <sup>3</sup>	(1 500-4 000)	1523
Monocytes	10 % soit	434 /mm <sup>3</sup>	(200-1 000)	403

#### Numération plaquettaire

Plaquettes		248 000 /mm <sup>3</sup>	(150 000-400 000)	259 000
Volume Plaquettaire Moyen		10.0 fl	(6.0-11.0)	9.8



# مختبر التحليلات الطبية المعاريف

## LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES MAARIF



Laboratoire Certifié ISO 9001 du 06/04/15

Casablanca le : 07-10-2019

Mlle AIT LAKHDAR Nadia

Code : 16080113

Référence : A19100212

Normes

Antériorités

### BIOCHIMIE SANGUINE

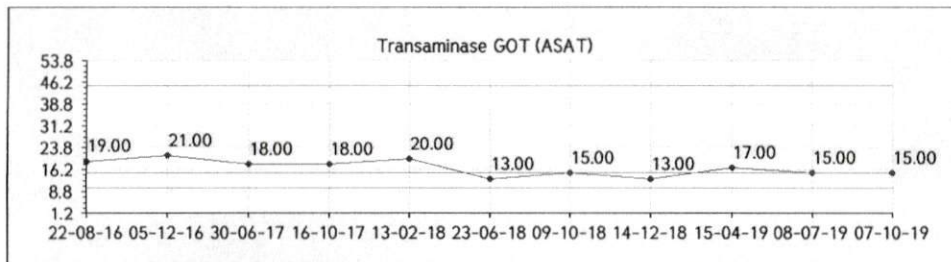
Transaminase GOT (ASAT)

15 UI/L

(10-45)

08-07-2019

15



Transaminase GPT (ALAT)

10 UI/L

(10-35)

08-07-2019

10

