

# 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.

## **Education :**

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.

## **Optaire :**

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

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

### **Cadre réservé à l'adhérent(e)**

Matricule : 0707 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : AIT LAHHDAR Mehdi

Date de naissance : 01/01/1944

Adresse : 36, Rue Abou Ishaq el evazzaj app 6  
Maarif Casablanca

Tél. : 066 360 7832 Total des frais engagés : 7266,20 Dhs

### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



Date de consultation : 08/10/2019

Nom et prénom du malade : Mehdi AIT LAHHDAR Age : 55 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) : (Signature)

## **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

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**



## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	07/10/2010	B180 +PL	266,20 HT

## 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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

#### **[Création, remont, adjonction]**

The diagram illustrates the human mandible (lower jawbone) in an anatomical position. The teeth are numbered from 1 to 8 on both the upper and lower arches. A vertical axis labeled 'H' at the top and 'B' at the bottom serves as a reference. A horizontal axis labeled 'D' on the left and 'G' on the right extends from the center of the teeth. The teeth are arranged in two rows: upper teeth (maxillary) and lower teeth (mandibular).

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



IBN ROCHD  
الدار البيضاء  
Casablanca

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 : 16/07/19

Prénoms - Nom du malade : Ait Lakhdar Nadia

Service : P28 N° d'admission :

Renseignements Cliniques	Résultat d'Examen
- NFS - Pg - AGAT ALAT	

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

10/202

# مختبر التحاليل 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	Traitemet 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



# LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES MAARIF



Laboratoire Certifié ISO 9001 du 06/04/15

Dr. Abderrazzak ZIZI  
Pharmacien Biogiste  
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>	4.2
Hémoglobine	12.8	g/dL	12.8
Hématocrite	38	%	37
VGM	90	μ <sup>3</sup>	88
TCMH	30	pg	30
CCMH	34	g/100mL	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)
Eosinophiles	4	% soit	174 /mm <sup>3</sup>	(<400)
Basophiles	0	% soit	0 /mm <sup>3</sup>	(<100)
Lymphocytes	36	% soit	1 562 /mm <sup>3</sup>	(1 500–4 000)
Monocytes	10	% soit	434 /mm <sup>3</sup>	(200–1 000)

#### 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 التحاليل الطبية لات المعاريف  
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES MAARIF



Laboratoire Certifié ISO 9001 du 06/04/15

Casablanca le : 07-10-2019

Mme AIT LAKHDAR Nadia

Code : 16080113

Référence : A19100212

Normes

Antériorités

BIOCHIMIE SANGUINE

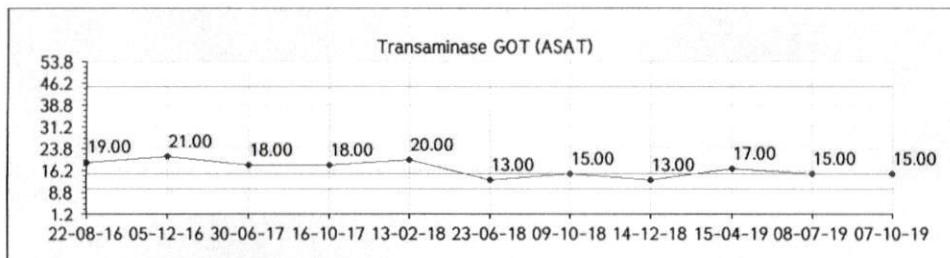
08-07-2019

Transaminase GOT (ASAT)

15 UI/L

(10-45)

15



Transaminase GPT (ALAT)

10 UI/L

(10-35)

08-07-2019

10

