

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 canalaire, 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 canalaire.

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

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



Déclaration de Maladie

M22- 0021513

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0707 Société : D.A.M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : AIT LAKHDAZ Mehdi
Date de naissance : 01/01/1944
Adresse : 36 Abou Isahak el oujjaj apt 6
maarif casablanca
Tél. : 06663607838 Total des frais engagés : 854,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



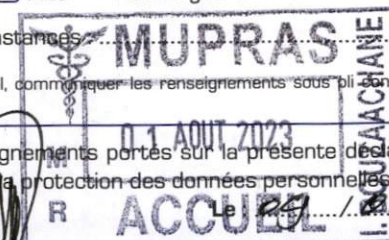
Date de consultation : 8 / 5 / 23
Nom et prénom du malade : AIT LAKHDAZ Nadia Age : 55 ans
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
Nature de la maladie : Sclérose en plaques
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : Casablanca

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
05/23	G		Gaduit	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Achet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie des Normandie et Imam Tabara blanca - Tél: 0522.25	25/07/2023	588,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	25/10/12	6180. L	266,20 M

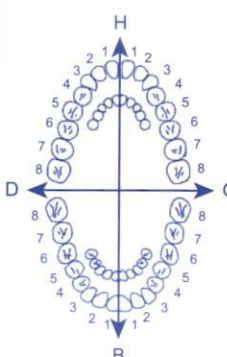
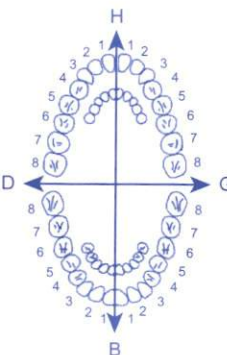
[illegible]

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D H 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B			CCEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Hôpital sans Tabac
Fumer tue

Casablanca, le : 25/07/23

ORDONNANCE

Docteur : M^{me} Ait Lakhda Nadia

294,00 x 2

Imurel 50 mg

01 - 00 - 01

IMUREL® 50 mg, comprimé pelliculé
Boîte de 100
AMM N° 483/17 DMP / 21 / NRQ
PPV: 294,00 DH
Distribué par Laboratoires
SOTHEMA BOUSKOURA
Sous licence des laboratoires ASPEN
6 118001 071456

tt de 03 mois

Total
588,00

IMUREL® 50 mg, comprimé pelliculé
Boîte de 100
AMM N° 483/17 DMP / 21 / NRQ
PPV: 294,00 DH
Distribué par Laboratoires
SOTHEMA BOUSKOURA
Sous licence des laboratoires ASPEN
6 118001 071456

Pharmacie de l'Anglais
Le Normand et Imam Tabarant
0522.25.05.60
TAMRANI MERYEM



BILLET D'EXAMEN

Date: 08/05/2023

Prénoms - Nom du malade : AIT LAHIBAR Nadig

Service : P30 N° d'admission :

Renseignements Cliniques	Résultat d'Examen
NFS , PP ASAT / ALAT	

Le médecin traitant

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

مختبر التحاليل الطبية المعاريف

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES MAARIF

Dr. Abderrazzak ZIZI
Pharmacien Biologiste
Diplômé de la Faculté de Pharmacie de Reims



Casablanca le 25-07-2023

Mlle AIT LAKHDAR Nadia

FACTURE N° A230700457

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



مختبر التحاليل الطبية المعاريف
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES MAARIF

Casablanca le : 25-07-2023

Mlle AIT LAKHDAR Nadia

Code : 16080113

Référence : A230700457

Normes

Antériorités

BIOCHIMIE SANGUINE

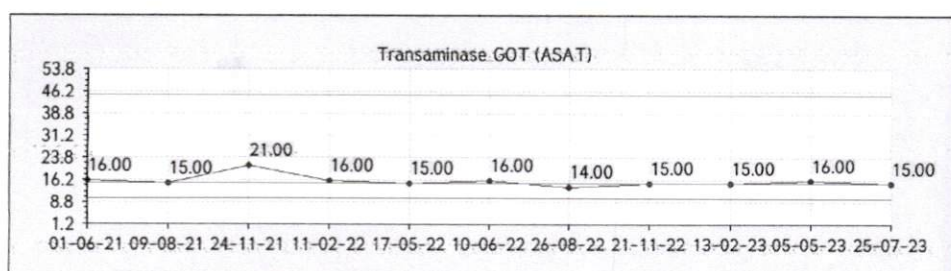
Transaminase GOT (ASAT)

15 UI/L

(10-45)

05-05-2023

16



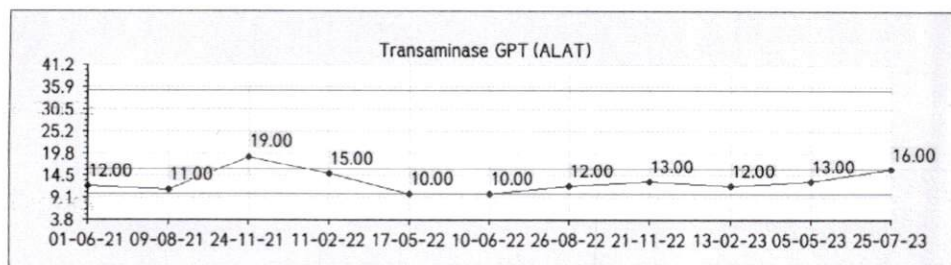
Transaminase GPT (ALAT)

16 UI/L

(10-35)

05-05-2023

13



مختبر التحاليل الطبية المعاريف

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES MAARIF

Dr. Abderrazzak ZIZI

Pharmacien Biologiste

Diplômé de la Faculté de Pharmacie de Reims



Casablanca le : 25-07-2023

Mlle AIT LAKHDAR Nadia

Code : 16080113

Référence : A230700457

Du : 25-07-2023

Prescripteur : Dr LAHKIM G.

Normes

Antériorités

HEMATOLOGIE

HEMOGRAMME

Numération Globulaire

			05-05-2023
Hématies	4.4 M/mm ³	(4.0-5.3)	4.3
Hémoglobine	13.3 g/dL	(12.5-15.5)	13.5
Hématocrite	40 %	(37-46)	40
VGM	91 µ ³	(80-95)	93
TCMH	30 pg	(28-32)	31
CCMH	33 g/100mL	(30-35)	34

Formule leucocytaire

Leucocytes		3 670 /mm ³	(4 000-10 000)	3 650
Neutrophiles	57 % soit	2 092 /mm ³	(1 500-7 500)	2081
Eosinophiles	3 % soit	110 /mm ³	(<400)	73
Basophiles	0 % soit	0 /mm ³	(<100)	0
Lymphocytes	31 % soit	1138 /mm ³	(1 500-4 000)	1132
Monocytes	9 % soit	330 /mm ³	(200-1 000)	365

Numération plaquettaire

Plaquettes	203 000 /mm ³	(150 000-400 000)	236 000
Volume Plaquettaire Moyen	10.0 fl	(6.0-11.0)	9.4

