

IMPORTANTES A LIRE POUR REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Le patient doit être dûment renseigné.

Le médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.

La feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

Un accord préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux,

prothèses 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.

Educations :

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

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° P19-0020072

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3462 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 : Le :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-0020072

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

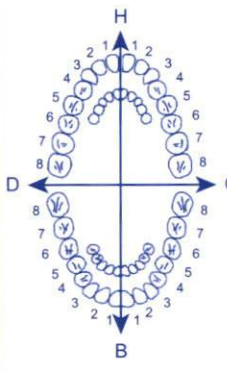
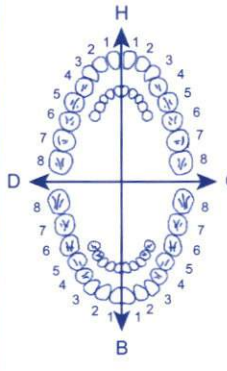
[illegible][illegible][illegible]

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

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

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

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan

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 CœFFICIENT MASTICATOIRE					
	<div><div><div>H</div><div><div>25533412</div><div>00000000</div></div><div>D</div></div><div><div><div>21433552</div><div>00000000</div></div><div>G</div></div><div><div>00000000</div><div>00000000</div><div>35533411</div><div>11433553</div></div><div>B</div></div>				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	<div><div>(Création, remont, adjonction)</div><div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div></div>				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
						DATE DU DEVIS <input type="text"/>
						DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

W18-365061

DATE DE DEPOT
...../201.....

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 3462	Signature de l'adhérent Signature de l'adhérent
Nom & Prénom SAUSSI LAHOUICHA			
Fonction Retraite	Phonés 0667197383		
Mail			

MEDECIN	Prénom du patient FADMA IGHOUILLAS
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age 54 ans Date 30/05/19
Nature de la maladie	Date 1ère visite

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances 3-10/19 S. de l'air		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
Dr. YACOUBI Zouheir CHIRURGIEN DENTISTE 152, Bd. Mekki - Appt. 9 Tel : 028.69.10.60 / LAAYOUNE		

PHARMACIE	Date 30/05/19
Montant de la facture	
12 794,50	
Dr. ELABDI	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date 03/06/19
Désignation des Coefficients B 40	Montant détaillé des Honoraires 56,00	
Centre d'Analyses Médicales et Scientifiques Spécialisées Professeur EL KAMAR		

AUXILIAIRES MEDICAUX					Date :
Nombre					Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV		

 **MUPRAS**
14 JUN. 2019
ACCUEIL

Protocol Pour Extraction dentaire

IGITOULAS FADMA

Jour 0 :

- 174,80 x 3 = 524,40
- Lovenox 0.4 ml à 16h.
 - Pas de Sintrom le soir.

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Lovenox 6000ulantixa inj b2
P.P.V : 174,90 DH
6 118001 080458

Jour 1 :

- Lovenox 0.4 ml à 16h.
- Pas de Sintrom le soir.

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Lovenox 6000ulantixa inj b2
P.P.V : 174,90 DH
6 118001 080458

Jour 2 :

- Lovenox 0.4 ml à 16h.
- Pas de Sintrom le soir.

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Lovenox 6000ulantixa inj b2
P.P.V : 174,90 DH
6 118001 080458

Jour 3 : Jour De L'extraction :

- 57,42
- TP-INR à 08h.
 - Amoxicilline : 2g 1 heure avant extraction.
 - Pas de Lovenox à 16h.
 - Extraction à 16 h Si TP > 60%.
 - Lovenox à 18 h.
 - Sintrom le soir.
 - 2g d'Amoxicillin à 22h.
- 17,90 x 12 = 214,80

PPV : 55,00 DH
LOT : 606695
PER : 07/20

Jour 4 :

- Lovenox à 18 h.
- Sintrom le soir.

Jour 5 :

- Lovenox à 18h.
- Sintrom le soir.

Puis Sintrom seul.

PPV : Exp : N° Lot :	PPV : Exp : N° Lot :
Exp : N° Lot :	Exp : N° Lot :
Exp : N° Lot :	Exp : N° Lot :
PPV : Exp : N° Lot :	PPV : Exp : N° Lot :
PPV : Exp : N° Lot :	PPV : Exp : N° Lot :
PPV : Exp : N° Lot :	PPV : Exp : N° Lot :
PPV : Exp : N° Lot :	PPV : Exp : N° Lot :
PPV : Exp : N° Lot :	PPV : Exp : N° Lot :

Signe :

MACIE EL MUSTAPHA
Hassine
05 21 48 00 00
Hassine

Dr Adel EL KHATABI
Specialiste des Maladies
Du Cœur et des Vaisseaux
MAGASIN AL QANTALAYOUNE
Tél : 05 21 48 00 00 / 05 21 48 00 00

Dr. YACOUBI Zouheir
CHIRURGIEN DENTISTE
152, Bd. Mekka - Appt. 9
Tél. : 028.89.10.60 / LAAYOUNE

الدكتور اليعقوبي زهير
إختصاصي في جراحة الفم
و الأسنان

ORDONNANCE

Laâyoune Le :

Cher patient

Je vous ai de V → adhésif

q- I Goulon f 2012

qui ne sont pas extraits

Dr. YACOUBI Zouheir
CHIRURGIEN DENTISTE
152, Bd. Mekka - Appt. 9
Tél. : 028.89.10.60 / LAAYOUNE

DOCTEUR YACOUBI Zouheir
Chirurgien dentiste
Maladies et Chirurgie
de la Bouche

الدكتور اليعقوبي زهير
إختصاصه في جراحة الفم
و الأسنان

NOTE D'HONORAIRES

Prénom du Médecin Dentiste :

N° de L'INPE : 024024689

N° de L'ICE : 0019870000093

N° de L'IF : 40240054

Laâyoune le : 4/6/19

أسنان معالجة Dentes traitées	رمز العمليات Valeur Clé	تاريخ العمليات Dates des actes	معامل العمليات Lettre clé+ Cotatio,NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant Facturé	توقيع و ختم طبيب الأسنان Signature et cachet du Médecin Dentiste
16	ET	4/6/19		10	300	DR. YACOUBI Zouheir CHIRURGIEN DENTISTE 152, Bd. Mekka - Appt. 9 Tél : 05.28.89.10.60 / LAAYOUNE
26	ET	4/6/19		10	300	

Signature et cachet

DOCTEUR YACOUBI Zouheir

Chirurgien dentiste
Maxillo-facial et Chirurgie
de la Bouche

الدكتور اليقوبوي زهير
إختصاصي في جراحة الفم
و الأسنان

Dr. YACOUBI Zouheir
CHIRURGIEN DENTISTE
152, Bd. Mekka - Appt. 9
Tél. : 028.89.10.60 / LAAYOUNE

ORDONNANCE

Laâyoune Le :

IGoul
Dr. YACOUBI Zouheir
CHIRURGIEN DENTISTE
152, Bd. Mekka - Appt. 9
Tél. : 028.89.10.60 / LAAYOUNE

3/10
Fano

TL

Dr. YACOUBI Zouheir
CHIRURGIEN DENTISTE
152, Bd. Mekka - Appt. 9
Tél. : 028.89.10.60 / LAAYOUNE

152 شارع مكة شقة 9 قرب إنوي العيون / الهاتف: 05.28.89.10.60

152.Bd Mekka - Appt 9 (Prés inwi) - laayoune / Tél: 05.28.89.10.60

CENTRE D'ANALYSES MEDICALES ET SCIENTIFIQUES SPECIALISEES

DOCTEUR EL KAMAR

Biologiste Médical

Ancien Interne des Hôpitaux de Lyon et Montpellier France
Diplôme d'Etudes Spécialisées de Biologie Médicale
Diplôme d'Université d'Antibiothérapie
Diplôme d'Université de Qualité en Biologie Médicale



مركز التحليلات الطبية والعلمية المتخصصة
الدكتور القمر

إحيائي

ملحق سابق بمستشفيات فرنسا (ليون ومونبلييه)
دبلوم الدراسات المتخصصة في البيولوجيا الطبية
دبلوم جامعي في المضادات الحيوية
دبلوم جامعي في جودة البيولوجيا الطبية

Bactériologie - Biochimie Clinique - Hématologie - Immunologie - Mycologie - Parasitologie - Virologie

Mme IGHOULAS FADMA

030619 060

FACTURE : 3974 1906

Laayoune, le 03/06/2019

ANALYSES :

5020 TAUX DE PROTHROMBINE B 040

TOTAL B 40

PRELEVEMENTS : S 1 T1 10,00

TOTAL DOSSIER : 54,00 Dhs

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

Cinquante quatre Dh et zéro ct

مركز التحليلات الطبية والعلمية المتخصصة
Centre d'Analyses Médicales
et Scientifiques Spécialisées
دكتور القمر
Docteur EL KAMAR

135, Avenue Mekka Laâyoune 70 000 شارع مكة العيون 135

☎ : 05 28 89 13 75 / 05 28 99 73 20 - ☎ : 05 28 89 29 68 - ✉ : camss2013@gmail.com

RC : 12648 - CNSS : 2374619 - IF : 18748458 - ICE : 001592284000090 - INPE : 023001464



Mme IGHOULAS FADMA

Dossier : 030619 060

DN : 01/01/1965

Docteur PATIENT

Prélèvement Effectué au Laboratoire

Date du prélèvement : 03/06/2019

Edité le: 03/06/2019

Résultats complets

1 / 1

COAGULATION

(SYSMEX CA500)

VALEURS DE REFERENCE

ANTECEDENTS

TAUX DE PROTHROMBINE

Taux de Prothrombine 100,0 %
I.N.R 1,00
Résultat contrôlé

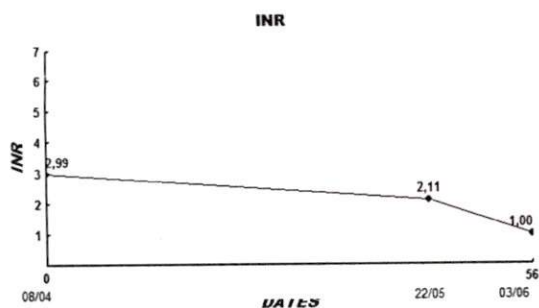
22/05/19 : 43.0

22/05/19 : 2.11

INTERPRETATION

Patient sans A.V.K. : TP (75 à 100%)
: INR (1.0 à 1.1)
Patient sous A.V.K:
Prévention d'une thrombose veineuse : INR (1.8 à 3.0)
Prévention d'une thrombose veineuse récidivante : INR (2.5 à 4.2)
Traitement des phlébites ou embolies pulmonaires: INR (2.5 à 4.2)
Prévention d'une thrombose artérielle : INR (3 à 4.5)
Valves cardiaques, mécaniques : INR (3 à 4.5)

Un hémocrite > 55 % ou < 20 % peut interférer avec le dosage



DR M.EL KAMAR / BIOLOGISTE