

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.

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 canaux, 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 canaux.

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- 047038

ND: ~~334~~ 334 25

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1519 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 : 16/03/2019

Nom et prénom du malade : JAMAL Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : néo du cancer

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) :

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
16/03/20	cs		gratuit	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/03/20	54,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	16-03-20	8 7 4 app	200 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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="0"> <tr> <td></td> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>			H		25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553			B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
		H																							
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
		B																							
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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 LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

RADIOTHERAPIE PAR VMAT (IMRT - IGRT - ARCTHERAPIE) - RADIOCHIRURGIE
 RADIOTHERAPIE STEREOTAXIQUE - 2 CLINACS EN MIROIRS - SCANNER BIG BORE - RADIOTHERAPIE METABOLIQUE
 CURIETHERAPIE A HAUT DEBIT DE DOSE (HDR) - CHIMIOTHERAPIE - CHIMIOTHERAPIE INTRA PERITONEALE (CHIP) - HOSPITALISATION

العلاج الإشعاعي المطور الموجه بالصور - معجل الإلكترونات حامل للسكانر - الجراحة الإشعاعية
 العلاج الإشعاعي الباطني و الفياض - الإشعاعي النووي - العلاج الكميائي الباطني - الإستشفاء

INPE : 090001405

CASABLANCA, LE 26-3-20



090001405

JANAI Fakmo

15,70

① Bicarbonate Sod

3 cés dans 1/2L d'eau
du robinet

38,50 x 6-8 / Jours
Bain de Bouche

② Neutral sirap

54,20

PPV 380H50

EXP 01/2023
LOT 9N034 1

Neutral[®]

Hydroxyde d'aluminium - Hydroxyde de magnésium

Anti-Acide

Suspension buvable 250 ml



Neutral[®]
Suspension
buvable
250 ml





الدكتور (الفاوري) محسن
أخصائي في التحليلات الطبية

مختبر التحليلات الطبية بانوراميك

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES PANORAMIQUE

Dr. KADIRI Mohamed
Biologiste

Diplomé de L'Université de REIMS des Spécialités Biochimie Clinique
Immunologie Générale Bactériologie et Virologie Clinique
Diagnostic Biologique et Parasitaire
D.U Assurance Qualité en Biologie Médicale de L'Université de Paris V
Ex. Attaché des Hopitaux de France

Facture N° : 11747
Casablanca le 16 mars 2020
A l'attention de : **Mme JAMAI FATIMA**

Analyses :

Numération formule complète -----	B	80
Créatinine sanguine -----	B	30
Urée -----	B	30

Prélèvements :

Sang-----	Pc	1,5
-----------	----	-----

Total dossier : 200,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :
Deux Cents Dirhams

LABORATOIRE PANORAMIQUE
D'ANALYSES MEDICALES
Dr. KADIRI Mohamed
Biologiste
Tél.: 05 22 52 29 61

197. شارع بانوراميك. زاوية شارع 2 مارس - عين الشق - الدار البيضاء
197, Bd Panoramique, Angle Bd 2 Mars - Ain Chock - Casablanca

الفاكس: 05 22 52 26 59 / الهاتف: 05 22 87 50 47 / Tél: 05 22 52 29 61

Patente: 34033937 - I.F.: 51360060 - C.N.S.S: 6070445 - ICE: 001714638000061 - INPE: 093002053



الدكتور (نفاوري) محمر
أخصائي في التحليلات الطبية

مختبر التحليلات الطبية بانوراميك

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES PANORAMIQUE

Dr. KADIRI Mohamed
Biologiste

Diplômé de L'Université de REIMS des Spécialités Biochimie Clinique
Immunologie Générale Bactériologie et Virologie Clinique
Diagnostic Biologique et Parasitaire
D.U Assurance Qualité en Biologie Médicale de L'Université de Paris V
Ex. Attaché des Hopitaux de France

Mme JAMAI FATIMA

Dossier ouvert le : 16/03/20.

Prélèvement effectué à 08:19

Dossier N° : 20C1607

HEMATOLOGIE

NUMERATION FORMULE COMPLETE

				Valeurs de référence	
				(Femme Adulte)	
*	HEMATOCRITE	: 32,3	%	35 - 47	
*	HEMOGLOBINE	: 11,6	g/100	12 - 16	
*	GLOBULES ROUGES	: 3,88	M/mm ³	4 - 5,4	
CONSTANTES ERYTHROCYTAIRES					
*	V.G.M.	: 83	fl	85 - 100	
	T.G.M.	: 29	pg	27 - 33	
	C.C.M.H.	: 35	%	31 - 36	
	GLOBULES BLANCS	: 5 490	/mm ³	4000 - 10000	
FORMULE LEUCOCYTAIRE					
	P. NEUTROPHILES (PNN)	: 50,3	%	soit 2 761 /mm ³	50 - 70 % 2500 - 7125 /mm ³
*	P. EOSINOPHILES (PNE)	: 0,5	%	soit 27 /mm ³	1 - 3 % 50 - 285 /mm ³
	P. BASOPHILES (PNB)	: 0,4	%	soit 22 /mm ³	< 1 % < 95 /mm ³
	LYMPHOCYTES	: 31,1	%	soit 1 707 /mm ³	25 - 40 % 1000 - 3800 /mm ³
	MONOCYTES	: 17,7	%	soit 972 /mm ³	3 - 10 % 150 - 665 /mm ³
*	PLAQUETTES	: 124 000	/mm ³		150000 - 400000
	<i>Thrombopenie.</i>				

BIOCHIMIE

CREATININE	: 7,29	mg/l	5 - 11
	Soit : 65	µmol/l	44,25 - 97,35
UREE	: 0,17	g/l	0,1 - 0,5
	Soit : 2,83	mmol/l	1,67 - 8,33

LABORATOIRE PANORAMIQUE
D'ANALYSES MEDICALES
Dr. KADIRI Mohamed
Biologiste
Tél.: 0522 52 29 61

197, شارع بانوراميك. زاوية شارع 2 مارس - عين الشق - الدار البيضاء
197, Bd Panoramique, Angle Bd 2 Mars - Ain Chock - Casablanca

الفاكس: 05 22 52 26 59 : الهاتف: 05 22 87 50 47 / 05 22 52 29 61 Tél:

Patente: 34033937 - I.F.: 51360060 - C.N.S.S.: 6070445 - ICE: 001714638000061 - INPE: 093002053

RADIOTHERAPIE PERSONNALISEE PAR VMAT (IMRT - IGRT - ARCTHERAPIE) - RADIOCHIRURGIE
 RADIOTHERAPIE STEREOTAXIQUE - 2 CLINICS EN MIROIRS - SCANNER BIG BORE - RADIOTHERAPIE METABOLIQUE
 CURIETHERAPIE A HAUT DEBIT DE DOSE (HDR) - CHIMIOTHERAPIE - CHIMIOTHERAPIE INTRA PERITONEALE (CHIP) - HOSPITALISATION

العلاج الإشعاعي المطور الموجه بالصور - معجل الإلكترونات حامل للسكران - الجراحة الإشعاعية
 العلاج الإشعاعي الباطني و الفياض - الإشعاعي النووي - العلاج الكيميائي الباطني - الإستشفاء

1623-20
 CASABLANCA, LE

Mme/Mr. :

JAAAI Fatima

NFS + PLAQUETTES

UREE + CREATINEMIE

GLYCEMIE

TRANSAMINASES (TGO + TGP)

YGT + PHOSPHATASES ALCALINES

RDV, le : à

AVEC LES RESULTATS DES ANALYSES

www.centrealkindy.ma | E-mail : alkindy.oncologie@centrealkindy.ma

المقر الرئيسي 2 و 4، زنقة يوسف الكندي - شارع ابن سينا - الدار البيضاء معاريف - المغرب 20370

Siège Social : 2 et 4, Rue Youssef Al Kindy - Bd. Ibn Sina - Casablanca Maârif - Maroc 20370

Tél : +212 520 48 72 00 (L.G) - Fax : +212 522 39 37 34