

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 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 : adhésion@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.

N° W19-544241

ND : ~~34456~~ 34456

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>0707</u>	Société : <u>RAM</u>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>AIT LAIHDAD Mehdi</u>			
Date de naissance : <u>01/01/1944</u>			
Adresse : <u>36 Abou Ishaq el Ouaïtaj apt 6</u>			
maarif Casablanca			
Tél. : <u>0663607838</u> Total des frais engagés : <u>380,40</u> Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
			
Date de consultation : <u>23/06/2020</u>			
Nom et prénom du malade : <u>Nadra Ait</u>			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <u>Sclérose en plaques</u>			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous l'égard de 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 :

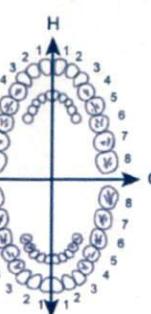
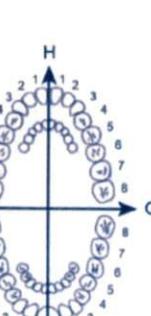
Signature de l'adhérent(e) :

Le : 25/06/2020



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
23/06/2020		CC		INP : 09100015047 Dr. ZEL BIDAOU Neurologie Dr. Ibn Rochd

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachez du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE D'AMERIK Pharmacie des Familles Angle Rue e Normandie et Imam Tabarazi asablanca - Tél: 0522.25.05.66	23/06/2020	6.14,20

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 l'ODF.														
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées (List of treated teeth)	Nature des Soins (Nature of treatments)	Coefficient (Coefficient)	INP : <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-bottom: 5px;" type="text"/>										
COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-bottom: 10px;" type="text"/>														
MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-bottom: 10px;" type="text"/>														
DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-bottom: 10px;" type="text"/>														
FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-bottom: 10px;" type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center; padding: 5px;">H</td> <td style="width: 50%; text-align: center; padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">25533412</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">D</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">35533411</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">B</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"> </td> </tr> </table>	H	21433552	25533412	00000000	D	00000000	35533411	11433553	B		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-bottom: 10px;" type="text"/>	
		H	21433552											
		25533412	00000000											
		D	00000000											
		35533411	11433553											
		B												
MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-bottom: 10px;" type="text"/>														
DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-bottom: 10px;" type="text"/>														
DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-bottom: 10px;" type="text"/>														

LOT : 14218010
PER : 11-2022
PPU : 26,20 DH

28

Comprimés
Voie orale

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

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

رumer tue Renouvellement
d'ordonnance casablanca, le : 23/06/2020

ORDONNANCE

Docteur :

Nadra Ait Lakhdar 8

S.V

234,00 x 2

1^{er} Imurel 50 mg 8 m 3 mois

1 - 0 - 1

Dr. ZEL BIDAOUI

Neurologie
CHU Ibn Rochd

3 m off

26.10

2nd Acfol 5 mg 8

15

15

Dr. Z EL BIDAOUI
Neurologie
CHU Ibn Rochd - Casablanca

LAMRANI MERYEM
Pharmacie des Familles Angle Rue
de Normandie et Iman Tabarani
Casablanca - Tel: 0522.25.05.60



BILLET D'EXAMEN

Date : 24/12/11

Prénoms - Nom du malade : M^{me} At Lekhdar Nouria

Service : N° d'admission :

Renseignements Cliniques	Résultat d'Examen
1) NFS - P4 2) ANAF / ALAF	

Le médecin traitant

Dr. NABIL Salma
Neurologie
CHU. Ibn Rochd Casablanca

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

06/16/22

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 : 22-06-2020

Mlle AIT LAKHDAR Nadia

Code : 16080113

Référence : A20060522

Du : 22-06-2020

Prescripteur :

Normes

Antériorités

HEMATOLOGIE

HEMOGRAMME

Numération Globulaire

			23-12-2019	
Hématies	4.1	M/mm ³	(4.0-5.3)	4.4
Hémoglobine	12.9	g/dL	(12.5-15.5)	13.3
Hématocrite	38	%	(37-46)	40
VGM	93	μ ³	(80-95)	91
TCMH	31	pg	(28-32)	30
CCMH	34	g/100mL	(30-35)	33

Formule leucocytaire

Leucocytes	3 720	/mm ³	(4 000-10 000)	3 240
Neutrophiles	62	% soit	2 306 /mm ³	1750
Eosinophiles	1	% soit	37 /mm ³	<400
Basophiles	0	% soit	0 /mm ³	<100
Lymphocytes	27	% soit	1004 /mm ³ X	(1 500-4 000)
Monocytes	10	% soit	372 /mm ³	(200-1 000)

Numération plaquetttaire

Plaquettes	221 000	/mm ³	(150 000-400 000)	250 000
Volume Plaquettaire Moyen	10.3	fl	(6.0-11.0)	9.7



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 22-06-2020

Mlle AIT LAKHDAR Nadia

FACTURE N° A20060522

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



مختبر التحاليل الطبية المعاريف
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES MAARIF



Laboratoire Certifié ISO 9001 du 06/04/15

Casablanca le : 22-06-2020

Mlle AIT LAKHDAR Nadia

Code : 16080113

Référence : A20060522

Normes

Antériorités

BIOCHIMIE SANGUINE

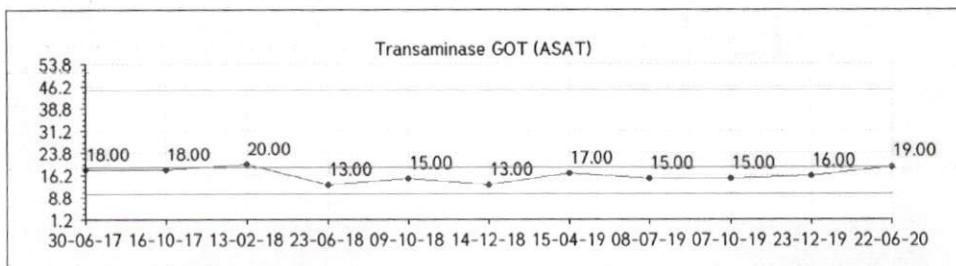
23-12-2019

Transaminase GOT (ASAT)

19 UI/L

(10-45)

16



23-12-2019

Transaminase GPT (ALAT)

10 UI/L

(10-35)

11

