

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 : 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.

N° W19-544261

48529

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricule : 0707 Société : DAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : AIT LAKHDAR Mehdi

Date de naissance : 01/01/1946

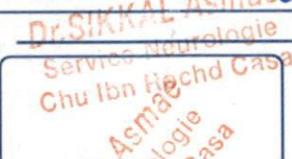
Adresse : 36 Abu Ishaq el Oujajat app 6

maarif Ccasa blancas

Tél. : 0663607838 Total des frais engagés : 903,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 04 / 06 / 2020

Nom et prénom du malade : ATT LAKHDAR école Age : 74 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.

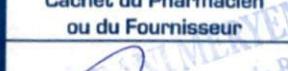
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles

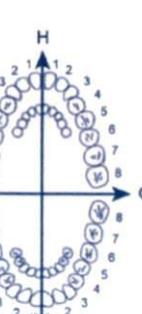
Fait à : casablanca Le : 24 NOV. 2020

Signature de l'adhérent(e) : OTMANE



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
25/09/2015 Chu Ibn Rochd Casablanca			6	INP : 090005942 Dr.SIKKAL Asmae Service Neurologie Chu Ibn Rochd Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	24/09/2020	637,60

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																
SOINS DENTAIRES 		Dents Traitées <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nature des Soins <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Coefficient <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>												
				INP : <input type="checkbox"/>												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
ODF PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

DOCUMENT SUR ORDONNANCE - LISTE I.
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

DOCUMENT SUR ORDONNANCE - LISTE I.
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

PPV: 49,60 DH
LOT: 20E25
EXP: 05/2023

fit latnadar leila

294,00 x 2

① Imurel 50 mg

1 - 0 - 1

② Acfol

1 - 0 - 0

49,60

③ Dene 100 000 ui

1 amp/ mois.

637,60

(tt de 03 mois)

Dr SIKKAL Asmae
Service Neurologie
Chu Ibn Rochd Casa

21/08/2020

LAMICHEIMER
Pharmacie des Faouzi, route Rues
de Normandie et Imam Labarani
Casablanca - Tel: 0522.25.05.60



Royaume du Maroc
Ministère de la Santé
Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd
Hôpital Ibn Rochd - Casablanca

المملكة المغربية
وزارة الصحة
المركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد
مستشفى ابن رشد - الدار البيضاء



BILLET D'EXAMEN

Date :

Prénoms - Nom du malade :

Service : N° d'admission :

Renseignements Cliniques	Résultat d'Examen

Le médecin traitant

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

مختبر التحاليل الطبية المعريف
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 24-09-2020

Mlle AIT LAKHDAR Leila

FACTURE N° A200900566

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





Royaume du Maroc
Ministère de la Santé
Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd
Hôpital Ibn Rochd - Casablanca

المملكة المغربية
وزارة الصحة
المركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد
مستشفى ابن رشد - الدار البيضاء



BILLET D'EXAMEN

Prénoms - Nom du malade : jmme Ait Lekhden Aicha
Service : P30 N° d'admission :

Date : 24/09/2020
Service : DR SIKKAL Asmae
Chu Ibn Rochd Casa

Renseignements Cliniques	Résultat d'Examen
NFS - P9 ASAT - ALAT	

Le médecin traitant

DR N. ISKAR
Dr Neurologie
Service Neurologie
Chu Ibn Rochd Casa

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

09/06/2020

مختبر التحاليل الطبية لات المعاريف
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES MAARIF



Laboratoire Certifié ISO 9001 du 06/04/15

Casablanca le : 24-09-2020

Mme AIT LAKHDAR Leila

Code : 16060548

Référence : A200900566

Normes

Antériorités

BIOCHIMIE SANGUINE

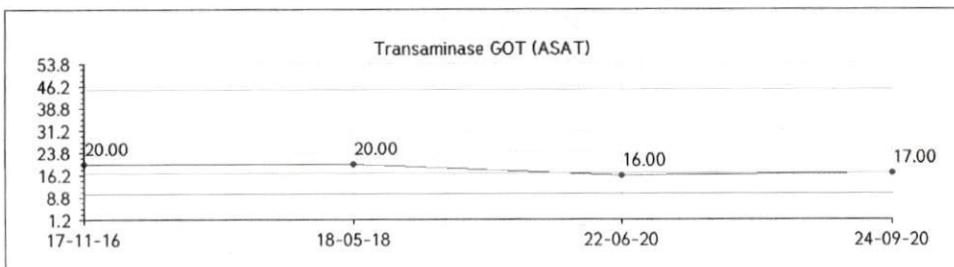
22-06-2020

Transaminase GOT (ASAT)

17 UI/L

(10-45)

16



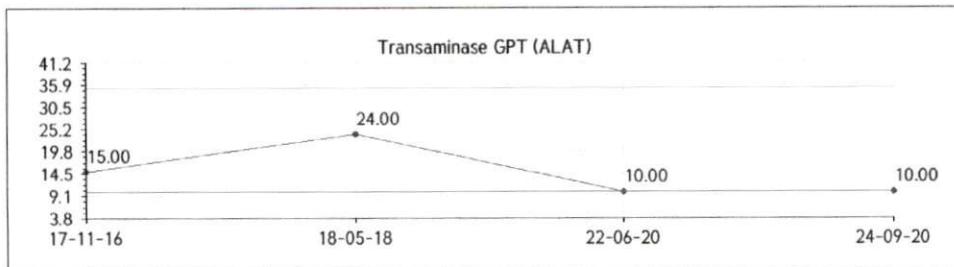
22-06-2020

Transaminase GPT (ALAT)

10 UI/L

(10-35)

10



p : 2 / 2

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 : 24-09-2020

Mlle AIT LAKHDAR Leila

Code : 16060548

Référence : A200900566

Du : 24-09-2020

Prescripteur : Dr iggar N

	Normes	Antériorités
HEMATOLOGIE		

HEMOGRAMMENumération Globulaire

			22-06-2020
Hématies	3.9	M/mm ³	4.0
Hémoglobine	12.0	g/dL	11.9
Hématocrite	35	%	35
VGM	90	μ ³	88
TCMH	31	pg	30
CCMH	34	g/100mL	34

Formule leucocytaire

Leucocytes		4 130 /mm ³	4 310
Neutrophiles	51 % soit	2 106 /mm ³	2112
Eosinophiles	2 % soit	83 /mm ³	86
Basophiles	0 % soit	0 /mm ³	43
Lymphocytes	39 % soit	1 611 /mm ³	1724
Monocytes	8 % soit	330 /mm ³	345

Numération plaquetttaire

Plaquettes		256 000 /mm ³	253 000
Volume Plaquettaire Moyen		8.9 fl	9.1

