

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

N° P19-0036246

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9342 Société : RAV

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ABOUTARI HASSAN

Date de naissance : 15-6-69

Adresse : H 101 lot El wafan

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04/07/23

Nom et prénom du malade : BAHAT Redia Age : 43A

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

Nature de la maladie : Ventrites

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 10 JAN. 2023

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 : 4/1/23

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
04-01-23	C8	C8	12050	
05-01-23	C8		085	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	04-01-23	5400

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	04-01-23	B: 1080	10800000

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 :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																						
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																					
				MONTANTS DES SOINS																					
				DEBUT D'EXECUTION																					
				FIN D'EXECUTION																					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table> <tr> <td colspan="2">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 colspan="2">B</td><td></td></tr> </table>			H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
H																									
25533412	21433552																								
00000000	00000000																								
D		G																							
00000000	00000000																								
35533411	11433553																								
B																									
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS																						
			DATE DU DEVIS																						
			DATE DE L'EXECUTION																						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



المختبر المركزي للتحاليل الطبية

LABORATOIRE CENTRAL D'ANALYSES MEDICALES

Date du prélèvement : 04-01-2023 à 10:29

Code patient : 20230104040

Né(e) le : 23-12-1979 (43 ans)



Mme BAHRI Khadija

Dossier N° : 20230104040

Prescripteur : Dr DILAL MOUNIR

Résultats

Normes

Antécédents

HEMATOLOGIE – CYTOLOGIE

Hémogramme

(MINDRAY BC5380)

Lignée érythrocytaire

(Impédance-Spectrophotométrie)

Hématies	4.82	M/ml	(3.93–5.09)
Hémoglobine	13.8	g/dL	(11.5–14.9)
Hématocrite	43.4	%	(34.4–43.9)
VGM	90.0	fL	(79.9–95.6)
TCMH	28.6	pg	(26.4–32.6)
CCMH	31.8	%	(31.9–35.8)

Lignée leucocytaire

(Fluoro-cytométrie de flux)

Leucocytes	6 720	/mm ³	(4 020–11 420)
Neutrophiles	59.30 %	soit 3 985 /mm ³	(1 750–7 500)
Eosinophiles	5.50 %	soit 370 /mm ³	(40–550)
Basophiles	0.50 %	soit 34 /mm ³	(0–90)
Lymphocytes	31.90 %	soit 2 144 /mm ³	(1 240–3 560)
Monocytes	2.80 %	soit 188 /mm ³	(210–660)

Lignée plaquettaire

(Impédance)

Plaquettes	208 000	/mm ³	(185 000–445 000)
------------	---------	------------------	-------------------

Page 1 / 3
Validé par : Dr. Karraf Jawad
LABORATOIRE CENTRAL D'ANALYSES MEDICALES
Dr. Karraf Jawad
Tél. 0522 51 52 18 / 0567 67 67 11

Résidence sakane deroua batiment C RDC local 10 lotissement annajah deroua

Email : contact@laboratoirecentral.ma Web : laboratoirecentral.ma Tél : +212 5 22 51 52 18 Gsm : +212 6 67 67 67 11

CNSS : 2690723 RC : 15485 ICE : 002866635000065 IF : 50375591 PATENTE : 55801862

Dr. Dilal MOUNIR

Médecine générale

- Echographie
- ECG
- Suivi de grossesse
- HTA - Diabète
- Médecine de travail



د. ظلال منير

الطب العام

- الفحص بالصدى
- التخطيط الكهربائي للقلب
- تتبع الحمل
- أمراض الضغط الدموي والسكري
- طب الشغل

23 - 01 - 2023

BAHRI Read: 'n.

1) NFS.

2) Ferritin.

3) GAT.

4) HbA1C

5) CHL, LDL, HDL, TG.

6) 25 OH Vit D (D2 + D3).

LABORATOIRE CENTRAL D'ANALYSES
MEDICALES PLURIDISCIPLINAIRES
Dr Jawad KARRAT
Bat. C, Louisement Annajah, Deroua
Tél.: 05 22 51 52 18 / 06 67 67 67 67
Dr. Dilal MOUNIR
Médecine générale
39 الطابق الأول - الدروة
Etage - Deroua
INPE: 06 33 94 88 09
تجزئة النجاة
الهاتف: 05 22 51 52 18 / 06 67 67 67 67

JUNIR

Médecine générale

- Echographie
- E C G
- Suivi de grossesse
- H T A - Diabète
- Médecine de travail



د. ظلال منير

الطب العام

- الفحص بالصدى
- التخطيط الكهربائي للقلب
- تتبع الحمل
- أمراض الضغط الدموي والسكري
- طب الشغل

23 - 01 - 05

Dr. BAHRI

51.00

1) Targemil 500

1px 31

PHARMACIE EL OUMMOUMA
Deroua el wafaa
Fix : 05.22.53.20.54

S.V

12.00

2)

Fexof

PHARMACIE EL OUMMOUMA
Deroua el wafaa
Fix : 05.22.53.20.54

S.V

14.60

3)

4)

1px 11 15 17 4

S.V

Dr. Djal M
Médecine générale

د. ظلال منير
الطب العام

تجزئة النجاح رقم 39 الطابق الأول - الدروة
Etage - Deroua
06 33 94 88 09
06 22 51 47 67
06 22 51 47 67

PHARMACIE EL OUMMOUMA
Deroua el wafaa
Fix : 05.22.53.20.54

الهاتف: 06 33 94 88 09 - 06 22 51 47 67

تجزئة النجاح رقم 39 الطابق الأول - الدروة

2
16
PPV: 49,60 DH
LOT: 22H22
EXP: 08/2025

PPV: 49,60 DH
LOT: 22I27
EXP: 09/2025

FERPLEX[®] 40 mg
Fer protéinsuccinylate
Boîte de 10 Flacons buvables
PPV 60,00 Dhs
118001440016

6 118001183340
VTE: MA-PPV: 51DH00
30 comprimés - 30 قرص

728860

Tanganit[®] 500 mg
تاجانيل 500 ملج

6 118001440016
PPV 60,00 Dhs
Boîte de 10 Flacons buvables
Fer protéinsuccinylate
FERPLEX[®] 40 mg

6 118001440016
PPV 60,00 Dhs
Boîte de 10 Flacons buvables
Fer protéinsuccinylate
FERPLEX[®] 40 mg

6 118001440016
PPV 60,00 Dhs
Boîte de 10 Flacons buvables
Fer protéinsuccinylate
FERPLEX[®] 40 mg

6 118001440016
PPV 60,00 Dhs
Boîte de 10 Flacons buvables
Fer protéinsuccinylate
FERPLEX[®] 40 mg

6 118001440016
PPV 60,00 Dhs
Boîte de 10 Flacons buvables
Fer protéinsuccinylate
FERPLEX[®] 40 mg

LABORATOIRE CENTRAL DEROUA

Résidence Sakane Deroua Batiment C RDC Local 10 Lotissement Annajah DEROUA
Tél : +212 5 22 51 52 18 – Mail : contact@laboratoirecentral.ma

FACTURE N° : 230000070

INPE :



063064505

DEROUA le 04-01-2023

Mme BAHRI Khadija

Récapitulatif des analyses		
CN	Analyse	Clé
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	E10
0110	Cholestérol HDL+ L D L	B80
0439	Vitamine D	B450
0134	Triglycérides	B60
0216	Numération formule	B80
0119	Hémoglobine glycosylée	B100
0118	Glycémie	B30
0154	Ferritine	B250
0106	Cholestérol total	B30

Total des B : 1080

TOTAL DOSSIER : 1000.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : mille dirhams .

LABORATOIRE CENTRAL D'ANALYSES
MEDICALES PLEURISCIPLINAIRES
Dr Jawad KARARAT
Bat. C, Lotissement Annajah, Deroua
Tél. 0522 51 52 18 / 0667 67 67 11

ICE : 002866635000065 IF : 50375591