

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR EVITER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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

WAT-107537

Déclaration de Maladie : N° P19- 0020739

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 12526 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Fernani El Tefoli 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 : Anima 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 ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19- 0020739

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 :

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
P.F.				

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

VIOLET ADHERENT

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

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
25533411	11433553

The diagram shows a 10x10 grid of circles arranged in two rows. The top row has 10 circles, and the bottom row has 9 circles. Each circle contains a number representing its value. The grid is labeled with three letters at its corners: 'D' at the bottom-left, 'H' at the top, and 'B' at the bottom-right. The numbers in the circles follow a specific pattern: starting from the top-left circle (value 1), the sequence goes up to 5 in the first column, then down to 4, then up to 3, then down to 2, then up to 1. This pattern repeats for each column. The bottom row follows a similar sequence but starts at 3 and ends at 1.

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

W17-107537

DATE DE DEPOT

03.07.2013

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle 12526

Nom & Prénom ZERRARI ELMENSI

Fonction : DPL Phones..... 0662 227 853

Mail

Z

MEDECIN

Prénom du patient Benzine Amin

Adhérent Conjoint Enfant Age 29.0.03 Date 07/05/13

Nature de la maladie

Date 1ère visite

A pyies rétiniennes

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
CS	4	GIC

Dr O. BAHLAOUI
Gastro-entérologie
CHU Ibn Rochd - Casablanca

PHARMACIE

Date

Montant de la facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date : 08/05/13

Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires
B1700	1303,00

16/05/2013
3 Rue du Colonel GOUIN - Casablanca
CENTRE DE BIOPATRIAL CBH
010 35 35 105 22 26674
010 35 35 105 22 20315

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date :

Nombre				Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV	



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

الملكة المغربية
وزارة الصحة
المراكز الإستشفائية الجامعية ابن رشد
مستشفى ابن رشد - الدار البيضاء



BILLET D'EXAMEN

Date : 27/05/19

Prénoms - Nom du malade : Benzazine Amin

Service : P24 N° d'admission :

Renseignements Cliniques	Résultat d'Examen
FSH LH Progactine	Gestradist Testostérone Delta 4 androstenedione

Centre de Diagnostique
Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd
Casablanca

Le médecin traitant
Dr. OBAHLOUDI
Gastro-entérologie
CHU Ibn Rochd - Casablanca

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

LABORATOIRE CENTRE DE BIOLOGIE DES HÔPITAUX CBH
3, rue du Colonel Gros (Caïd Najem) Quartier des Hôpitaux 20100 Casablanca
Tél : 05.22.20.35.35/05.22.27.66.74 Fax : 05.22.20.35.15
Patente : 36332437 I.F. : 40288423 CNSS : 8036726
N° ICE : 0017 10887 0000 07 Code INPE: 093062362



FACTURE No : 126602

Loyer

Salari

Télé

Casablanca, le : 11/06/2019
à 20.35.15

Analyses effectuées le .. : 28/05/19
Sur prescription du : Dr

Identité Patient : Mme BENZZINE Amina
Code Patient : 260844

BILAN :

1	FSH	FSH PLASMATIQUE	B	250
2	LH	LH PLASMATIQUE	B	250
3	PRL	PROLACTINE	B	250
4	E2	ESTRADIOL	B	250
5	TEST	TESTOSTERONE TOTALE	B	300
6	D4AD	DELTA 4 ANDROSTENEDIONE	B	400

TOTAL B : 1700

TOTAL HN : 0

0

MONTANT : 2303,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : 2303,00 DH

Dr Mamina BENKIRAN
Praticien Biologiste
Centre de biologie des hôpitaux casablanca
Tel: 0522 20 35 35 - 0662 38 03 39

Centre de biologie des hôpitaux casablanca
3, Rue du Colonel Gros - Casablanca
Tél: 0522 20 35 35 / 0522 27 66 74
Fax: 0522 20 35 15
CENTRE DE BIOLOGIE
DES HÔPITAUX CBH

EXAMEN du : 28/05/19 à 08h33
Edité le : 08/06/19 à 14h22
Mme BENZZINE Amina
Patient 260844 Né(e) le 17/03/

Prélèvement effectué au Laboratoire

Page : 2

PROLACTINE (20) 12,72 ng/mL
(Technique Chimiluminescence ACCESS II BECKMAN)

Valeurs usuelles chez la FEMME	(en ng/ml)
CYCLE MENSTRUEL	3.34 - 26.72
POST-MENOPAUSE	2.74 - 19.64

Réalisé après un repos de 20 minutes (T20).

ESTRADIOL E2 23,00 pg/ml 06/02/19 : 316.00
(Technique Chimiluminescence sur ACCESS II BECKMAN)

Valeurs usuelles chez la FEMME	(en pg/ml)
PHASE PRE-OVULATOIRE	93 - 575
PHASE FOLLICULAIRE	18 - 147
PHASE LUTEALE	43 - 214
MENOPAUSE	< 58

Dr MALIKA BENKIRAN

Dr. Malika BENKIRAN
Rhumatologue Biologiste
Centre de rhumatologie des Hôpitaux Casablanca
Tél: 0522 03 35 35 - 0662 38 03 33

مركز المستشفىات للتحليقات الطبية
Centre de Biologie des Hôpitaux

Prélèvement à domicile sur rendez-vous
 Ouverture : Tous les Jours de 7 h à 19 h - Samedi de 7 h à 15 h



Dr Malika BENKIRAN
 Pharmacien Biologiste

- Analyses Médicales
- Biologie Spécialisée
- Procréation Médicalement Assistée

EXAMEN du : 28/05/19 à 08h33

Édité le : 08/06/19 à 14h22

Mme BENZZINE Amina

Patient 260844 Né(e) le 17/03/1990

Page : 1 / 3

Prélèvement effectué au Laboratoire

HORMONOLOGIE

NORMES

ANTECEDENTS

F.S.H : HORMONE FOLLICULO-STIMULANTE
 (Technique Chimiluminescence ACCESS II BECKMAN)

FSH PLASMATIQUE 10,71 mUI/ml

Valeurs usuelles chez la FEMME	(en mUI/ml)		
PHASE FOLLICULAIRE	3.85	-	8.78
OVULATION	4.54	-	22.5
PHASE LUTEALE	1.79	-	5.12
MENOPAUSE	16.7	-	114.0

L.H : HORMONE LUTEINISANTE
 (Technique Chimiluminescence ACCESS II BECKMAN)

LH PLASMATIQUE 8,17 mUI/ml

Valeurs usuelles chez la FEMME	(en mUI/ml)		
PHASE FOLLICULAIRE	2.12	-	10.89
OVULATION	19.18	-	103.0
PHASE LUTEALE	1.20	-	12.86
MENOPAUSE	10.87	-	58.60

Dr MALIKA BENKIRAN

Dr Malika BENKIRAN
 Pharmacien Biologiste
 Centre de Biologie des Hôpitaux Casablanca
 Tel: 0522 20 35 35 - 0662 38 93 39

Urgences - 24 / 24 - 7 / 7 06 61 75 52 65

P

stationnement

3, rue du Colonel GROS (Caïd Najem), Quartier des Hôpitaux - 20 360 CASABLANCA
 (à 100 mètres de la maternité du CHU IBN ROCHD) Tél.: 05 22 20 35 35 - 05 22 49 06 65 - Fax : 05 22 20 35 19