

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.

Educateur :

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.

Chirurgien :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

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



w17-107537

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 : Zernani El Sekhli 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 : Amina 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 ADHERENT

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 :

[illegible][illegible][illegible][illegible]

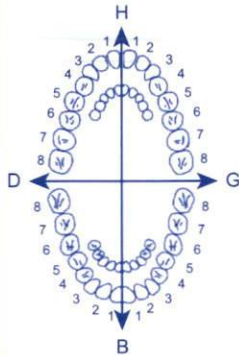
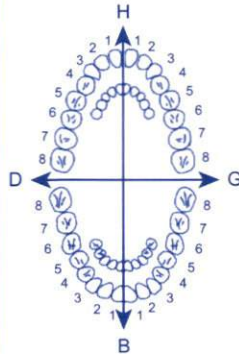
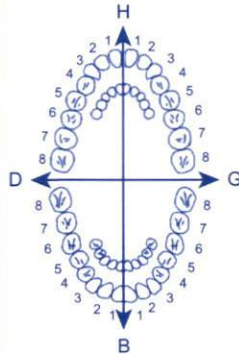
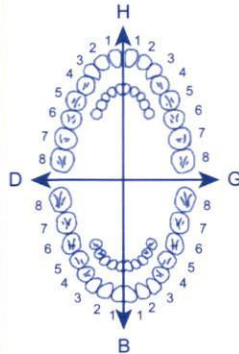
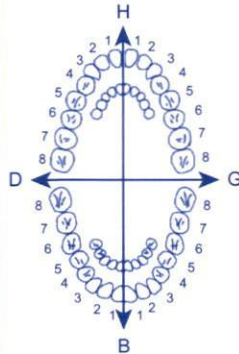
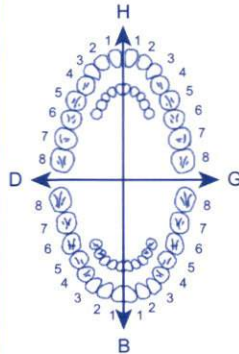
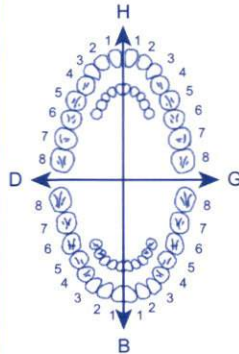
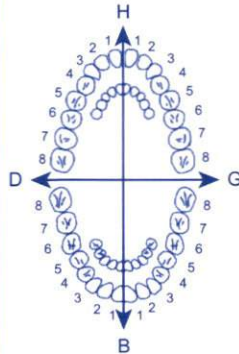
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

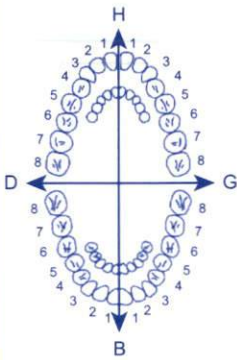
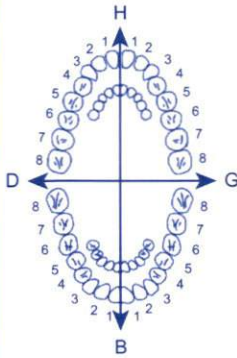
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

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			
	<div><div><div>H</div><div><div>25533412</div><div>00000000</div><div>D</div><div>00000000</div><div>35533411</div></div><div><div>21433552</div><div>00000000</div><div>G</div><div>00000000</div><div>11433553</div></div><div>B</div></div></div> <div><div>(Création, remont, adjonction)</div><div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div></div>			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"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

W17-107537

DATE DE DEPOT

03/07/2019

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle 12526

Nom & Prénom ZERRARI ELMENDI

Fonction : OPL Phones 0662227853

Mail

MEDECIN

Prénom du patient Benzine Amin

Adhérent ☐ Conjoint ☒ Enfant ☐ Age 29.03

Date 27/05/19

Nature de la maladie

Date 1ère visite

Apix pelviennes

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

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des honoraires

CS

4

61c

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

PHARMACIE

Date

Montant de la facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date : 28/05/19

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

B 1700

2303,00

Centre de Biologie
DES HOPITAUX * CBH *
3, Rue du Colonel Gros - Casablanca
Tél: 05 22 20 35 15
05 22 20 35 15

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date :

Nombre

Montant détaillé des Honoraires

AM

PC

IM

IV



BILLET D'EXAMEN

Date : 27/05/19

Prénoms - Nom du malade : Benzzine Amin

Service : P24 N° d'admission :

Renseignements Cliniques	Résultat d'Examen
FS H	Gestoradiol
L H	Testostérone
Pro Bctine	Delta 4 androstenedione

Le médecin traitant
Dr. O. BAHLOUL
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

L77

3.77

Tel

Casablanca, le : 11/06/2019

20.35.15

Analyses effectuées le .. : 28/05/19

Sur prescription du : Dr

Identité Patient : Mme BENZZINE Amina

Code Patient : 260844

BILAN :

L77

3.77

Tel

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. M. BENKIRAN
Pharmacien Biologiste
Centre de biologie des hôpitaux casablanca
Tél: 0522 20 35 35 - 0662 38 03 39

Centre de Biologie
DES HÔPITAUX CBH
3, Rue du Colonel Gros - Casablanca
Tél: 05 22 20 35 35 / 05 22 27 66 74
Fax: 05 22 20 35 15

EXAMEN du : 28/05/19 à 08h33

Edité le : 08/06/19 à 14h22

Mme BENZZINE Amina

Patient 260844 Né(e) le 17/03/1

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
Rhéumatisologue Biologiste
Centre de Référence Rhumatisme à Casablanca
Tél: 0522 30 35 35 - 0522 38 93 33

مركز المستشفيات للتحليلات 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
Edité le : 08/06/19 à 14h22
Mme BENZZINE Amina
Patient 260844 Né(e) le 17/03/1990

Prélèvement effectué au Laboratoire

Page : 1 / 3

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
Tél: 0522 20 35 35 - 0522 38 93 39

06 61 75 52 65

Urgences - 24 / 24 - 7 / 7

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 11