

# 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.

## 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

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° P19-0017735

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01640 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom EL HASOUABI ABDELKRIM 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 : 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° P19-0017735

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 :



### 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

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

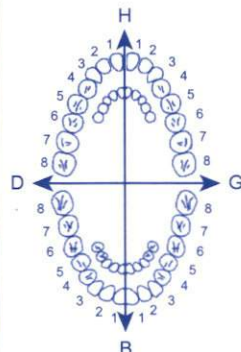
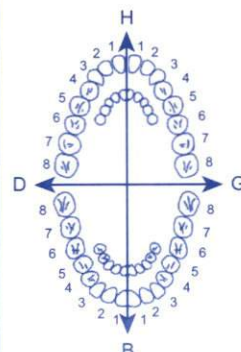
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

**Important :**

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;">             H              25533412              00000000              D           </div> <div style="text-align: center;">             21433552              00000000              G              00000000              35533411              B           </div> </div> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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"/>	
					

VOLET ADHERENT

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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																				
				Montant des soins																				
				Début d'exécution																				
				Fin d'exécution																				
<b>O.D.F.</b> Prothèses dentaires 	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux																				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553				Montant des soins
	H		G																					
	25533412	21433552																						
00000000	00000000																							
00000000	00000000																							
35533411	11433553																							
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis																					
			Fin de																					



W18-376333

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle

1640-

Nom & Prénom ELHASSOUABI-ABDELKRIM

Fonction: RETRAITE Phone: 0664263100

Mail: el.ha.souabi@hotmail.fr

MEDECIN

Prénom du patient

Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐

Age

66 ans

Date

04.07.19

Nature de la maladie

C2

Date 1ère visite

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

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des honoraires

04 JUL 2019

PHARMACIE

Date

Montant de la facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date: 04/07/19

Désignation des Coefficients

7 A0

B 200

Montant détaillé des Honoraires

100 DH

265,00 dhs

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date :

Nombre				Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV	

Dr. BAHSINE  
Expert près les Tribunaux  
Autorisation 7343  
Rue Sottet, Av. All. Ben Abdellah  
105 35 100 45 (V.M.) - Maroc

Dr. Mohamed BAHAJI  
6, Rue Sottet, Av. All. Ben Abdellah  
Tél: 05 35 100 45  
Laboratoire d'Analyses Médicales  
Dr. MEJIB  
6, Rue Sottet, Av. All. Ben Abdellah  
Tél: 05 35 100 45

**Docteur BAHSSINE Mohamed**

Diplôme de la Faculté de Médecine de Rabat

**MEDECINE GENERAL**

EX. Médecin Chef du Service des Urgences  
et de Médecin (B) de l'Hôpital Mohamed V  
Médecin Expert Assermenté Près les Tribunaux



**الدكتور باحسين محمد**

خريج كلية الطب بالرباط

**الطب العام**

طبيب رئيسي سابقا لقسم المستعجلات  
وقسم الطب (ب) بمستشفى محمد الخامس  
طبيب خبير محلف لدى المحاكم

Meknès, le **04 JUIL 2019** مكناس في

El Chahbi

Abdelhak

Dr par Rue

Centre d'Explorations  
Radiologiques Volubilis  
6, Rue Pasteur - MEKNES  
Tél. 05 35 52 73 17 / 05 35 46 43 83



**Dr. BAHSSINE Med**

Médecin Expert près les Tribunaux

Autorisation 7343

3, Rue Settati Av. Allal Ben Abdellah

Tél : 05 35 52 54 65 (V.N) - Meknès

**Docteur BAHSSINE Mohamed**

Diplôme de la Faculté de Médecine de Rabat

**MEDECINE GENERAL**

EX. Médecin Chef du Service des Urgences  
et de Médecin (B) de l'Hôpital Mohamed V  
Médecin Expert Assermenté Près les Tribunaux



**الدكتور باحسين محمد**

خريج كلية الطب بالرباط

الطب العام

طبيب رئيسي سابقا لقسم المستعجلات  
وقسم الطب (ب) بمستشفى محمد الخامس  
طبيب خبير محلف لدى المحاكم

Meknès, le..... **04 JUL 2019** مكناس في

*El Hassan Ben Abdellah*

*- chelil  
- apu  
- en  
- elly  
- NPS*

مختبر التحاليل الطبية  
Laboratoire d'Analyses Médicales  
Dr. MEJDAH Med. Khalid  
6, Rue Pasteur Apt. 3 1er Etage  
(V.N.) - MEKNÈS  
Tél: 05 35 51 24 81 Fax: 05 35 51 24 82

**Dr. BAHSSINE Med**  
Médecin Expert près les Tribunaux  
Autorisation 7343  
3, Rue Settât Av. Allal Ben Abdellah  
Tél: 05 35 52 54 65 (V.N.) - Meknès





# مركز التشخيص بالأشعة وليلي

CENTRE D'EXPLORATIONS RADIOLOGIQUES VOLUBILIS

6, Rue Pasteur (Rond Point Caméra) - 50000 MEKNES - Tél. : 05.35.52.73.17 / 05.35.40.43.83

Fax : 05.35.40.16.40 - Urgences : 06.61.18.37.30 - [www.radiologievolubilismeknes.com](http://www.radiologievolubilismeknes.com)

Dr. BADISSY Bahia  
Diplômée de l'Université de Paris

Dr. BAHAJI Mohamed  
Diplômé de l'Université de Montpellier

Dr. ZAKHNINI Mohamed  
Diplômé de l'Université d'Angers

Le 04/07/2019

## FACTURE : 4349

NOM DE PATIENT.....EL HASSOUABI ABDELKIM

EXAMEN.....POUMONS DE FACE

COTATION..... Z 10

PRIX .....100.00DH

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE

CENT DIRHAMS.

Dr. Mohamed BAHAJI  
RADIOLOGUE  
6, Rue Pasteur - MEKNES  
Tél. 05.35.52.73.17 / 05.35.40.43.83  
INP : 131017170

Dr. Mohamed BAHAJI  
RADIOLOGUE  
6, Rue Pasteur - MEKNES  
Tél. 05.35.52.73.17 / 05.35.40.43.83  
Centre d'Explorations  
Radiologiques Volubilis

IRM - SCANNER

RADIOLOGIE, PANORAMIQUE DENTAIRE ET MAMMOGRAPHIE NUMERISES  
ECHOGRAPHIE - ECHO DOPPLER COULEUR - OSTEODENSITOMETRIE

# LABORATOIRE NEJJAR D'ANALYSES MEDICALES

6, Rue Pasteur. Appt 3. 1er Etage (V.N). MEKNES

Tél: 05.35.51.25.31 - Fax: 05.35.51.43.06

R.C: 30996 -- CNSS: 2223262 -- PATENTE: 17109226 -- IF: 309591 -- ICE: 001648398000055

**FACTURE: 52078/2019**

MEKNES le

04/07/2019

Nom et prénom

MR EL HASSOUABI ABDELKRIM

Référence

11F353

Docteur BAHSSINE MOHAMED

Acte de biologie demandé	Cotation (B)
NFS.HEMOGRAMME	80
UREE (AZOTEMIE, UREMIE)	30
GLYCEMIE A JEUN	30
CREATININE SERIQUE	30
CHOLESTEROL TOTAL	30
Total du (B)	B 200
Prélèvement	0,00 DH
Montant en DH	265,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de: DEUX CENT SOIXANTE CINQ DIRHAMS

المختبر الطبي لـ نهجار  
Laboratoire d'Analyses Médicales  
Dr. NEJJAR  
6, Rue Pasteur. Appt. 3. 1er Etage  
(V.N) - MEKNES  
Tél.: 05.35.51.25.31 - Fax: 05.35.51.43.06



# Laboratoire d'Analyses Médicales " Nejjar "

**Dr NEJJAR M<sup>ed</sup> Khalid**

MEDECIN - BIOLOGISTE

Diplômé de la Faculté de Paris VI

C.E.S D'HEMATOLOGIE - C.E.S BACTERIOLOGIE - VIROLOGIE CLINIQUE  
C.E.S IMMUNOLOGIE GENERALE - C.E.S BACTERIOLOGIE VIROLOGIE SYSTEMATIQUE  
HEMOSTASE - TOXICOLOGIE - HORMONOLOGIE - PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE



Prescripteur:

Docteur BAHSSINE MOHAMED

Prélèvement du: 04/07/2019

Identification

MR EL HASSOUABI ABDELKRIM

Référence 11F353 du 04/07/2019 à 09:26

Résultats édités le 04/07/2019

## -- BIOCHIMIE SANG --

Page: 2/2

### GLYCEMIE A JEUN

Résultat: 1,08 g/l  
6,00 mmol/l

#### Valeurs de référence

0,70 à 1,10 g/l  
3,90 à 6,10 mmol/l

### UREE

Résultat: 0,33 g/l  
5,50 mmol/l

0,15 à 0,45 g/l  
2,50 à 7,5 mmol/l

### CREATININE

Résultat: 10,00 mg/l  
88,50 µmol/l

7 à 13 mg/l  
62 à 115 µmol/l

### CHOLESTEROL TOTAL

Résultat: 1,78 g/l  
4,59 mmol/l

1,5 à 2 g/l  
3,86 à 5,15 mmol/l

Total de pages: 2

Laboratoire d'Analyses Médicales  
Dr. NEJJAR Med. Khalid  
6, Rue Pasteur Appt. 3, 1<sup>er</sup> Etage  
(V.N.) - MEKNES  
Tél: 05 35 51 25 31 - Fax: 05 35 51 43 06







# Laboratoire d'Analyses Médicales " Nejjar "



**Dr NEJJAR M<sup>ed</sup> Khalid**

MEDECIN - BIOLOGISTE

Diplômé de la Faculté de Paris VI

C.E.S D'HEMATOLOGIE - C.E.S BACTERIOLOGIE - VIROLOGIE CLINIQUE  
C.E.S IMMUNOLOGIE GENERALE - C.E.S BACTERIOLOGIE VIROLOGIE SYSTEMATIQUE  
HEMOSTASE - TOXICOLOGIE - HORMONOLOGIE - PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE

Prescripteur:

Docteur BAHSSINE MOHAMED

Prélèvement du: 04/07/2019

Identification

MR EL HASSOUABI ABDELKRIM

Référence 11F353 du 04/07/2019 à 09:26

Résultats édités le 04/07/2019

## -- H E M O G R A M M E --

Page: 1/2

### NUMERATION

			Normales Adulte
LEUCOCYTES.....	8800	/mm <sup>3</sup>	(4000 à 10000)
HEMATIES.....	4,58	M/mm <sup>3</sup>	(4,0 à 5,5)
HEMOGLOBINE.....	15,40	g/100ml	(12 à 16)
HEMATOCRITE.....	44,00	%	(36 à 50)
VGM.....	95,00	μ <sup>3</sup>	(75 à 95)
TCMH..... (*)	34,00	pg	(27 à 32)
CCMH.....	35,00	%	(30 à 35)
PLAQUETTES.....	229	10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>	(150 à 500)

### FORMULE

	en %	par mm <sup>3</sup>	
POLYNUCLEAIRES NEUTROPHILES.....	49,9	4391	(2000 à 7500)
POLYNUCLEAIRES EOSINOPHILES.....	3,5	308	(40 à 700)
POLYNUCLEAIRES BASOPHILES.....	0,5	44	(0 à 100)
LYMPHOCYTES.....	41,7	3670	(1500 à 4000)
MONOCYTES.....	4,4	387	(200 à 1000)

Laboratoire d'Analyses Médicales  
Dr. NEJJAR Med. Khalid  
6, Rue Pasteur Appt. 3, 1<sup>er</sup> Etage  
Tél: 05 35 51 25 31 - Fax: 05 35 51 43 06





# مركز التشخيص بالأشعة وليلي

## CENTRE D'EXPLORATIONS RADIOLOGIQUES VOLUBILIS

6, Rue Pasteur (Rond-Point Caméra) - 50000 MEKNES - Tél. : 05.35.52.73.17 / 05.35.40.43.83  
Fax : 05.35.40.16.40 - Urgences : 06.61.18.37.30 - [www.radiologievolubilismeknes.com](http://www.radiologievolubilismeknes.com)

Dr. BADISSY Bahia  
Diplômée de l'Université de Paris

Dr. BAHAJI Mohamed  
Diplômé de l'Université de Montpellier

Dr. ZAKHNINI Mohamed  
Diplômé de l'Université d'Angers

M..... EL HASSOUABI ABDELKRIM.....

Meknès, le.....04/07/2019.....

Adressée par le Docteur.....

Pour.....POUMONS DE FACE.....

### COMPTE - RENDU

#### RESULTATS :

Silhouette cardio-médiastinale de volume normal.

Pas de lésion pleuro-parenchymateuse d'allure évolutive.

Bien confraternellement  
Dr M.BAHAJI

Dr. Mohamed BAHAJI  
RADIOLOGUE  
6, Rue Pasteur - MEKNES  
Tél. 05.35.52.73.17 / 05.35.40.43.83  
Fax 05.35.40.16.40  
Urgences 06.61.18.37.30

IRM - SCANNER

RADIOLOGIE, PANORAMIQUE DENTAIRE ET MAMMOGRAPHIE NUMERISEES  
ECHOGRAPHIE - ECHO DOPPLER COULEUR - OSTEODENSITOMETRIE