

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

## macie :

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8676 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : Faviss Tamou

Date de naissance : 13/02/1969

Adresse : Hay Amigrit Rue 27 n° 284

Tél. : 06 63 14 79 14 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 30/02/19

Nom et prénom du malade : ..... Age: .....  
 Enfant

Lien de parenté :  Lui-même  Comptoir

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 : ..... / ..... / .....

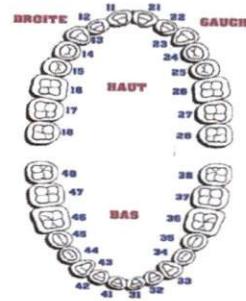
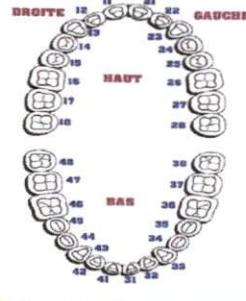
Signature de l'adhérent(e) : Faviss Tamou

# 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	<b>Coefficient des travaux</b> <b>Montant des soins</b> <b>Début d'exécution</b> <b>Fin d'exécution</b>															
																				
<b>O.D.F.</b> <b>Prothèses dentaires</b>		Détermination du coefficient masticatoire																		
		<table border="1"> <tr> <td>D</td> <td>25533412</td> <td>H</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>G</td> <td>11433553</td> </tr> </table>	D	25533412	H	21433552		00000000		00000000		00000000		00000000		35533411	G	11433553	(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession	
D	25533412	H	21433552																	
	00000000		00000000																	
	00000000		00000000																	
	35533411	G	11433553																	
<b>VOLET ADHERENT</b>		<b>NOM :</b> ..... <b>DECLARATION N°</b> <b>W18-140571</b>			<b>Mle</b>															
<b>Date de Dépôt</b>		<b>Montant engagé</b>		<b>Nbre de pièces Jointes</b>																
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b> Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle																				

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle <b>8676</b>	
Nom & Prénom <b>Faviss. Tamay</b>			
Fonction : ..... Phones : <b>0663147914</b>			
Mail : .....			
<b>MEDECIN</b> <b>Prénom du patient</b> <b>Wail</b>		Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Age <b>21 2</b> Date <b>30/18/19</b>	
Nature de la maladie <b>Dr. elhajy</b>			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
<b>Nature des actes</b> <b>Nbre de Coefficient</b> <b>Montant détaillé des honoraires</b>		1 1 50	
<b>PHARMACIE</b> Date <b>30/6/19</b>		<b>Pharmacie Al Ma</b> 1 <sup>me</sup> Laalj LAOUTAR 4, Angle Bd Panoramique Et Route M'zouma - Casablanca Maroc Tel / fax: 05.22.52.09.70	
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b> Date : .....		<b>LABORATOIRE ELAMRA</b> Dr. Jamila ELAMRAH Medecin Biologiste Bd. Mohamed Ben Ziane, Rés. Blida 15, 1000 N. 1 Moulay Rocha 0522 272 202 E-mail : idoleamra@gmail.com	
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b> Date : .....		<b>CACHET</b>	
Nombre AM PC IM IV		Montant détaillé des Honoraires	

Dr. Abdellatif LOUGHZAIL

Lauréat Centre Hospitalo

Universitaire Ibn Rochd

DIABÉTOLOGIE

Electrocardiogramme

ECHOGRAPHIE

Suivi de grossesse

Médecin Assermenté aupres des Tribunaux

Médecine Générale

Casablanca, le :

30/18/119

الفحص بالصدى

مراقبة الحمل

خبير محلق لدى المحاكم

الطب العام

الدار البيضاء في :

م² KETTAS went

45.00

No 896 fitt SV

10,30

tributio 15  
gal x 3

Doliprane 500  
gal x 3

- 64,10

Axi 77 15

119.40

الدكتور عبد اللطيف لفزي

خريج المركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد

أمراض السكري

التخطيط الكهربائي للقلب

الفحص بالصدى

مراقبة الحمل

خبير محلق لدى المحاكم

الطب العام

الدار البيضاء في :

06 61 21 77 33 رقم 24، حي مولاي رشيد، البيضاء - الهاتف : 05 22 71 55 97 / المتنقل : 06 61 21 77 33

Groupe 2, Rue 2, N° 24 Hay Moulay Rachid - Casablanca - Tél.: 05 22 71 55 97 - Portable : 06 61 21 77 33

Dr. Abdellatif LOUGHZAIL  
Centre Hospitalo Universitaire Ibn Rochd  
Tributio 15  
Doliprane 500  
Axi 77 15  
Médecine Générale  
Diabetologie  
30/18/119  
24 Hay Moulay Rachid  
Tél: 05 22 71 55 97  
Portable: 0910953111

ND - SPA FORTE 80MG  
CP B20  
P.P.V:45DH00  
LOT: 8MMA062  
PER.: 10/2021



6 118000 061816

PPV:10DH30  
PER:08/21  
LOT:H1164

**AXIMYCINE®** 14 comprimés dispersibles

PPV 64DH10

LOT 86008 8  
EXP 09/2020

# Dr. Abdellatif LOUGHZAIL

Lauréat Centre Hospitalo  
Universitaire Ibn Rochd  
DIABÉTOLOGIE  
Electrocardiogramme  
ECHOGRAPHIE  
Suivi de grossesse  
Médecin Assermenté aupres des Tribunaux  
Médecine Générale

الدكتور عبد اللطيف لفزيال  
خريج المركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد  
أمراض السكري  
التخطيط الكهربائي للقلب  
الفحص بالصدى  
مراقبة الحمل  
خبير محلل لدى المحاكم  
الطب العام

Casablanca, le : ٣٥/٢٠١٩: الدار البيضاء في:

٢٢ KETTAB

Wail

NFS. en urgence.

Mr KETTAB Wail  
20-03-1998



الدكتور عبد اللطيف لفزيال  
Dr. Abdellatif LOUGHZAIL  
Echographie Générale  
Groupe 2, Rue 2, N° 24 Hay Mh. Rachid  
Tél : 05 22 71 55 97 - 06 61 21 77 33  
INPE : 091095364

LABORATOIRE ELAMRANI D'ANALYSES MEDICALES

Bd Mohamed BOUZIANE, Rés Bled Lkhir 13, 1er étage, N°1 Hay Moulay Rachid – CASABLANCA  
Patente : 322750586 – INPE : 093062222 – IF : 26075695 – ICE : 002124485000049  
Tél : 05 22 727 202

**FACTURE N° : 190800113**

CASABLANCA le 30-08-2019

Mr KETTAB Wail

<b>Récapitulatif des analyses</b>		<i>Analyse</i>	<i>Val</i>	<i>Clefs</i>
9105	Prélèvement sanguin		E20	E
0216	Numération formule		B80	B

Total des B : 80

TOTAL DOSSIER : 127.20 DHS

Arrêtée la présente facture à la somme de : cent vingt-sept dirhams vingt centimes.

**LABORATOIRE ELAMRANI**  
Dr. El Amrani  
Bd. Hassan II  
N° 1 avenue  
El Jadida  
Maroc  
Tél: 05 22 72 72 02

**Dr Jamila ELAMRANI**

Médecin Biogiste Lauréat de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat  
DU en Management de la Qualité de l'université de Bordeaux - France



د. جميلة العماني

خريجة كلية الطب والصيدلة بالرباط

دبلوم جامعي في إدارة الجودة

من جامعة بوردو - فرنسا

**Date du prélèvement :** 30-08-2019 à 12:28

**Code patient :** 1908300010

**Né(e) le :** 20-03-1998 (21 ans)

**Mr KETTAB Wail**

Dossier N° : 1908300010

Prescripteur : Dr LOUGHZAIL Abdellatif



## HEMATOCYTOLOGIE

### HEMOGRAMME

(Sysmex Xs 1000)

#### Lignée érythrocytaire

Hématies	5.11	M/mm <sup>3</sup>	(4.00–5.00)
Hémoglobine	15.8	g/dL	(13.0–17.0)
Hématocrite	45.3	%	(40.0–50.0)
VGM	89	fl	(82–97)
TCMH	31	pg	(27–32)
CCMH	35	g/L	(33–36)

#### Lignée leucocytaire

Leucocytes totaux	8 200	/mm <sup>3</sup>	(4 000–10 000)
Neutrophiles	71	% soit	5 822 /mm <sup>3</sup> (2 000–7 500)
Eosinophiles	1	% soit	82 /mm <sup>3</sup> (100–400)
Basophiles	0	% soit	0 /mm <sup>3</sup> (0–150)
Lymphocytes	21	% soit	1 722 /mm <sup>3</sup> (1 500–4 000)
Monocytes	7	% soit	574 /mm <sup>3</sup> (200–800)

#### Lignée plaquettaire

Plaquettes	198 000	/mm <sup>3</sup>	(140 000–440 000)
Volume Plaquettaire Moyen	10.8	fl	(7.0–11.0)

#### Interprétation

NFS contrôlée sur frottis sanguin

Dr Jamila ELAMRANI

Dr. Jamila ELAMRANI  
Laboratoire de Biologie  
Bd Mohamed BOUZIANE, Rés Bled Lkhir 13, 1<sup>er</sup> étage, N° 1 Hay Moulay Rachid, Casablanca  
Tél : 05 22 72 72 02 / Fax : 05 22 72 72 02

