

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



**Déclaration de Maladie : N° S19-0018399**

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3555 Société : .....  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : MR FARES  
 Nom & Prénom : RIMA MILLOUDA Date de naissance : .....  
 Adresse : .....  
 Tél. : 0672467940 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ...../...../.....  
 Nom et prénom du malade : RIMA MILLOUDA 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 confidentiels 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) : ..... RL

## 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.

## Educational :

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](mailto:contact@mupras.com)  
 Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
 Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



# 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																
				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>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553			Montant des soins
	H		G																	
	25533412	21433552	00000000	00000000																
00000000	00000000	00000000	00000000																	
35533411	11433553																			
(Création, Remont, adjonction)			Date du devis																	
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Fin de																	

<b>VOLET ADHERENT</b>	NOM : .....	Mle
DECLARATION N°	W18-376601	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
<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		



W18-376601

DATE DE DEPOT

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

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mle 3555
Nom & Prénom <u>MERIDA Milouda Vke Bp</u>		
Fonction : .....	Phones : <u>FARES</u>	
Mail : <u>TEL 0672467940</u>		
<b>MEDECIN</b>	Prénom du patient <u>Roua Mln de</u>	
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age <u>19 B</u>	Date <u>19/8/19</u>
Nature de la maladie <u>El Vertigineux</u>		Date 1ère visite
S'agit il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<u>9</u>	<u>F</u>	<u>150</u>
<b>PHARMACIE</b>		
Date <u>19/8/19</u>		
Montant de la facture		<u>85,40</u>
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>		
Date <u>04/09/19</u>		
Désignation des Coefficients <u>B419K</u>	Montant détaillé des Honoraires <u>560,00</u>	
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>		
Date : .....		
Nombre		Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM
		IV

**Dr. BITAR Abdelkafid**  
 Médicine Générale  
 321 Bd. Mohammed VI  
 20252 / GSM 06 65 86 90 86  
 Tél. 05 23 32 02 02

**Pharmacie Al Fakka**  
 Dr. AMRANI Hassim  
 Lot GRIW 17 El Hekm  
 Tél. 05 23 31 71 92

**LABO Dr. Yasmine**  
 Dr. BOUTALEB BIOLOGISTE  
 Rue de Fes - Mohammed VI  
 Tél : 05 23 32 34 60 / Fax : 05 23 32 64 01

Dr. BITAR Abdelhafid

Medecine Générale

D.U en Diabetologie

Ex Médecin Chef du Centre de Santé  
( Chabab ) El Alia - Mohammedia



الدكتور بيطار عبد الحفيظ

الطب العام

دبلوم جامعي في داء السكري

طبيب رئيسي سابقاً بالمركز الصحي  
(الشباب) العالية - المحمدية

Mohammedia, le

19/8/19

المحمدية، في

D.U en Diabetologie  
دبلوم جامعي في داء السكري

Ruma M. M. de

51.00  
9

Tanganil 500

34.42  
9

Mohammedia

1 of 3

728860

Tanganil® 500 mg  
ناجانيل® 500 ملغ  
30 comprimés - 30 قرص  
VTE: MA - REV: 51DH00  
6 118001 183340

Pharmacie El Akka  
Dr. AMBA NI HASSNI  
Lot Chabab - El Alia - Mohammedia  
Tél: 05 23 31 71 92  
Docteur BITAR. Ab  
Medecine Générale  
321, Bd. Palestine - Riad  
Mohammedia  
Tél: 05 23 32 02 02 / GSM

MOTILUM 10MG  
CP PELL B20  
6 118000 011033  
34.40



Dr. BITAR Abdelhafid

Medecine Générale

D.U en Diabetologie

Ex Médecin Chef du Centre de Santé  
( Chabab ) El Alia - Mohammedia



الدكتور بيطار عبد الحفيظ

الطب العام

دبلوم جامعي في داء السكري

طبيب رئيسي سابقا بالمركز الصحي  
(الشباب) العالية - المحمدية

المحمدية، في 19-8-19 ..... Mohammedia, le

Prima Milla

LABO *Dr. Boutaleb*  
Dr. BOUTALEB BIOLOGISTE  
Rue de Fes - Mohammedia  
Tél : 05 23 32 34 64 Fax : 05 23 32 64 01

Cholesterol

HbA1c

CRP

Triptan

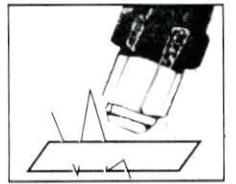
Life expectancy

Docteur BITAR. Abdelhafid  
Medecine Générale  
321, Bd. Palestine Riad 2, El Alia  
Mohammedia

Tél 05 23 32 02 02 / GSM 06 65 86 90 86

د. عبد الواحد بوطالب  
**Dr. A. BOUTALEB**  
Pharmacien Biologiste  
Diplômé de la Faculté de Marseille  
C.E.S de Biochimie Clinique  
C.E.S d'Immunologie Sérologie  
Ancien Chef de Laboratoire d'Hématologie  
à l'Hôpital Militaire de Rabat

مختبر ابن ياسين



**Laboratoire Ibn Yassine**

Analyses Médicales      تحليلات طبية

INPE : 093001816

**Facture n° 41543**

INPE: 093001816    ICE: 001644349000059    Patente : 39403860    IF : 54507300

MOHAMMED A LE : 04/09/2019

Analyses effectuées le: 04/09/2019

Pour.....: **Mme RIMA MILOUDA**

Sur prescription du: Dr BITAR

Code.....: 1H11833



**EXAMENS EFFECTUES :**

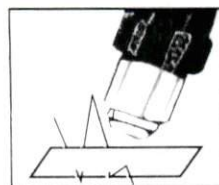
ET HDL LDL TRIGL VITD

Cotation : (B 410 )

**Montant Net : 560.00 Dh**

ARRÊTÉE LA PRÉSENTE FACTURE A LA SOMME DE :  
**CINQ CENT SOIXANTE Dhs 00 Cts**

**LABO Ibn Yassine**  
Dr. BOUTALEB BIOLOGISTE  
Rue de Fès - Mohammédia  
Tél: 05 23 32 34 60 / Fax: 05 23 32 64 01



**Laboratoire Ibn Yassine**  
 Analyses Médicales تحليلات طبية

INPE : 093001816

1HI1833

Prélèvement du : 04/09/2019

Référence : 90904266

04/09/2019

Mme RIMA MILOUDA

Médecin: Dr. BITAR

EXAMENS DE SANG  
IMMUNOLOGIE

Analyses	Résultats	Normes	Antécédents
<b>Vitamine D-25-hydroxy-vitamine D-D2+D3</b> (Minividas-chimiluminescence)			
Résultat..... :	<b>36.6</b> µg/l		11.6 (29/03/18)

Les données de la littérature actuelle suggèrent les intervalles suivants:

- < à 5 µg/l : déficit profond
- 5 à 10 µg/l : déficit modéré
- 10 à 30 µg/l: niveau insuffisant
- 30 à 80 µg/l: niveau suffisant
- > à 100 µg/l: toxicité

BIOCHIMIE

Cholestérol Total..... :	<b>2.58</b> g/l	(1.50-2.20)	2.50 (29/03/18)
Cholestérol H.D.L..... :	<b>0.67</b> g/l	supp à 0.40	0.67 (29/03/18)
	1.73 mmol/l	(0.9-1.68)	
Cholestérol L.D.L..... :	<b>1.64</b> g/l		1.51 (29/03/18)
Soit..... :	4.23 mmol/l		
Selon l'Afssaps le taux de LDL s'interprète en fonction de l'état cardiovasculaire du patient et des facteurs de risque:			
*antécédents familiaux	*tabagisme		
*HTA	*diabète type 2		
*HDL < 0.40 g/l	*âge		
Seuil du LDL TOLERE:			
2.20 g/l:sans facteur de risque			
1.90 g/l:avec 1 facteur de risque			
1.60 g/l:avec 2 facteurs de risque			
1.30 g/l:avec plus de 2 facteurs de risque			
1.0 g/l:ATCD de maladie coronaire,vasculaire,certains diabétiques			
Triglycérides..... :	<b>1.38</b> g/l	(0.5-1.50)	1.64 (29/03/18)
Soit..... :	1.57 mmol/l	(0.57-1.71)	

