

# 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.

## Radiologie 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

La 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

M22- 0057357

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6395 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : HOURADI MOHAMMED  
 Date de naissance : 07/02/1965  
 Adresse : Cité ouled Ziane Imm I N°9 Aïn Boya Casa  
 Tél. : 0668 173978 Total des frais engagés : 688 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
 Date de consultation : 28/11/24  
 Nom et prénom du malade : Age:  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie :  
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :  
 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 : CASA Le : 01/04/24  
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# 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
26/1/24		19		

# 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
<p> RACINE OULAD ZIANE  27, Rue Al Mahatta Derb Manira  Casablanca - GSM: 0661 57 13 48  06 57 28 02 30 - Tél: 0522 36 74 44 </p>	26.01 2024	B: 430	688 DA

# AUXILIAIRES MEDICAUX

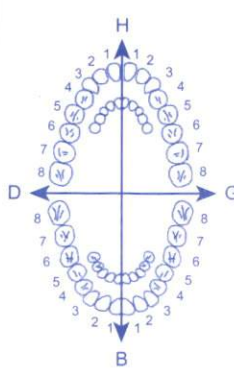
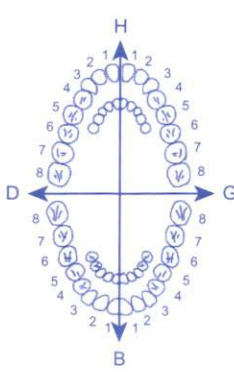
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

SOINS DENTAIRES ,	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr DEMBRI KHALED Casa

Spécialiste en endocrinologie

Diabétologie et nutrition

9. Rue Kadi Iass Maârif. Casa

Tél: 0522233791 / Fax: 0522234215

GSM : 0661633250

Adresse : 9. Rue Kadi Iass 2<sup>ème</sup> étage à côté de

Mac Donald's Casablanca

Kdembri@hotmail.com

Nom : Farche

Prénom : Jamila

Indication : Goitre

Faire svp : TSHus + NFS + CRP

مختبر التحليلات الطبية  
LABO RACINE OULAD ZIANE  
251, Rue Al Mahatta Derb Manja  
Casablanca - GSM: 0661 57 13 48  
06 57 28 02 30 - Tél: 0522 36 74 44

Nb : Il est strictement interdit de faire une consultation ou de lire un bilan sur whatsapp ou sur mail

Dr. DEMBRI Khaled  
Endocrinologie - Diabétologie et Nutrition  
9, Rue Kadi Iass - Casablanca  
Tél: 0522 233 791 - Fax: 0522 234 215



Docteur Larbi BENRAMDANE

Pharmacien - Biologiste

Diplômé de Lyon 1 - France

Ancien Professeur de la faculté de médecine  
et de Pharmacie de RABAT

Ancien Pharmacien spécialiste des hôpitaux des FAR



laboratoire d'analyses médicales

لدكتور العربي بنرمضان

صيدلي - إحيائي

خريج ليون 1 - فرنسا

أستاذ بكلية الطب و الصيدلة

بالرباط

يدلي سابق متخصص بمستشفيات ق.م.م

Bactériologie - Biochimie - Hématologie - Immunologie - Mycologie - Parasitologie - Virologie

Exploration Biologique Spécialisée des Lithiases et des Cristaux Urinaires. حيض البيولوجي المتخصص في حصي الكلى و الحصى البولية

Page 1/2

Code Patient : 2206012003

Date de naissance : 24-07-1971

Date d'édition : 26-01-2024



INPE : 0 9 3 0 6 2 1 0 7

Mme Jamila FARCHE

Réf : 2401262019

Prescripteur : Dr Khaled DEMBRI

Date/heure de prélèvement : 26-01-2024 12:58

## HEMATOLOGIE

### NUMERATION FORMULE SANGUINE (SYSMEX XS-1000i)

#### NUMERATION GLOBULAIRE

Hématies :	4.32	M/mm <sup>3</sup>
Hémoglobine :	13.00	g/dl
Hématocrite :	37.80	%
VGM :	87.5	fl
TCMH :	30.1	pg
CCMH :	34.4	g/dl

Normales  
(Mme 52 ans)

Antériorités  
31-12-2023

(3.80-5.90)	4.59
(11.50-17.50)	13.20
(33.00-53.00)	39.20
(76.0-96.0)	85.4
(24.4-34.0)	28.8
(31.0-36.0)	33.7

#### FORMULE LEUCOCYTAIRE

P. Neutrophiles :	58.20 %	2 460 / mm <sup>3</sup>
P. Eosinophiles :	0.20 %	10 / mm <sup>3</sup>
P. Basophiles :	0.90 %	40 / mm <sup>3</sup>
Lymphocytes :	34.80 %	1 470 / mm <sup>3</sup>
Monocytes :	5.90 %	250 / mm <sup>3</sup>

(1 500-7 000)
(20-580)
(0-110)
(1 300-4 000)
(150-1 000)

1 530
30
20
1 520
330

Leucocytes :	100 %	4 230 / mm <sup>3</sup>
--------------	-------	-------------------------

(3 800-11 000)

3 430

#### NUMERATION DES PLAQUETTES

Plaquettes :	156 000 / mm <sup>3</sup>
--------------	---------------------------

(150 000-445 000)

177 000

Pr. Larbi BENRAMDANE

LABO RACINE OULAD ZIANE  
251, Rue Al Mahatta Derb Manjra  
Casablanca - GSM: 06 61 57 13 48  
06 57 28 02 30 - Tél: 0522 36 74 44

251, Rue Al Mahatta Derb Manjra - Casablanca

Tél : 05 22 36 74 44 - Fax : 05 22 39 92 27 - Mobile : 06 61 57 13 48 / 06 57 28 02 30

laboracine oulad ziane - E-mail : receptionlaboracine@gmail.com - Google : @Laboracine

Observation :

**BIOCHIMIE SANGUINE GÉNÉRALE ET SPÉCIALISÉE**  
(AUTOMATE BECKMAN COULTER AU 480)**Protéine C-réactive (CRP)**  
(Méthode Immuno-Colorimétrique)

6.80 mg/L

(&lt;6.00)

20-09-202.

5.5

**BILAN THYROIDIEN****TSH ultra sensible**  
(Technique ELFA-MINI VIDAS)

1.35 UI/ml

(0.15-4.90)

20-09-202.

0.8

المختبر الطبي  
LABO RACINE OULAD ZIANE  
251, Rue Al Mahalla De Manjra  
Casablanca - GSM: 0661 57 13 48  
06 57 28 02 30 - Tel: 0522 56 74 44  
Dr. Larbi BENRAMDANE

# LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES LABO RACINE OULAD ZIANE

251, Rue Al mahatta (Ex la croix), Derb Manjra - Casablanca  
Tél : 0522 367444 – Fax : 0522 399227, GSM : 0661571348 / 0657280230

E-mail: receptionlaboracine@gmail.com

R.C: 405132, IF: 14392949, Patente: 33600088, Identifiant commun n°000359080000087  
CNSS n° 9393886, Banque : Banque populaire, Compte n° 2121117348690092, INPE n°093062107



093062107

**Dr. Larbi BENRAMDANE**

**Pharmacien - Biologiste**

Diplômé de Lyon I – France

Professeur de la Faculté de Médecine et  
de Pharmacie de RABAT

Ancien Pharmacien spécialiste des hôpitaux  
des FAR

Bactériologie - Biochimie - Hématologie

Immunologie - Mycologie - Parasitologie

Virologie

## FACTURE 2401262019

**Mme Jamila FARCHE**

Demande N° 2401262019

Date de l'examen : 26-01-2024

### Analyses :

Récapitulatif des analyses			
CN	Analyse	Clé	Coefficient
	TSH ultra-sensible	B	250
	NF	B	80
	CRP	B	100

**TOTAL B : 430**

**TOTAL FACTURE ; net à payer : 688 DH**

مختبر التحليلات الطبية  
LABO RACINE OULAD ZIANE  
251, Rue Al Mahatta Derb Manjra  
Casablanca - GSM: 0661 57 13 48  
06 57 28 02 30 - Tél: 0522 36 74 44