

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

## Informations 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.

## que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## Education :

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° P19-0043911  
*Correspondance*

Autres

Maladie

Dentaire

Optique

*22 889*

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *03721*

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : *Benchekhouj Fatiha*

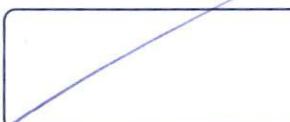
Date de naissance : *17/05/1952*

Adresse : *3 Rue N°1 Abidjan Casab*

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 à caractère personnel.

Fait à : *Car*

Le : *27/10/2020*

Signature de l'adhérent(e) : *Tellier*

**PROFESSEUR Ali EL MAKHLOUF**  
**Cardiologie adulte et pédiatrique**  
**Explorations Cardio-vasculaires**

**5 rue Mohamed Abdou  
CASABLANCA**

**Tél. : 0522 29 81 55 / 59 ou 0522 47 26 89**

**Dom : 0522 79 85 32 - Fax : 0522 22 62 97**

**GSM cabinet : 06 78 18 18 16**

**Casablanca, le 6 Janvier 2020**

**Mr Hamid BENKIRANE**



**25.80<sup>xx</sup>)  
43.60**  
1 - ASPEGIC 100 mg: 1 SACHET A MIDI X 3 MOIS  
SANS ARRET

**43.00  
2 - CRESTOR 10 mg : 1 CP LE SOIR A NE PAS ARRETER  
SANS ARRET**



**PHARMACIE OLIVER  
Najisse BENNANI  
55A Rue Othmane Benou Afan Casablanca  
Tél: 0522 27 36 57 / 0522 27 45 63**

**Dr. EL MAKHLOUF Ali  
Professeur Agrégé Cardiologue  
5, Rue Med. Abdouh Casa  
Tél: 05 22 29 81 55 / 59 - 05 22 47 26 89**

**TRAITEMENT A NE PAS ARRETER JUSQU'A LA PROCHAINE VISITE  
EN CAS D'URGENCE APPELER LA CLINIQUE JERRADA OASIS AU :**

**05 22 23 81 81 OU 05 22 23 84 52/53/54**

**OU ENVOYER UN MESSAGE ECRIT AU : 06 61 13 14 83**

# مختبر التحاليل الطبية لبومديك LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES LABOMEDIC

M.S. EL HAROUCHI

Pharmacien Biogiste - Ancien interne des hôpitaux de Lyon

**CES :** - Biochimie - Bacteriologie - Hématologie  
- Virologie - Parasitologie - Immunologie

الهاروشى محمد سعيد

## إختصاصى فى التحليلات الطبية

Prélèvement du : 06/01/2020 à 08:27:26

Edition du : 06/01/2020



5DK6214

**Monsieur BENKIRANE HAMID**

Dossier n° : **KL437**

Dr. EL MAKHLOUF

---

Page : 1 / 1

BIOCHIMIE

<b>Analyses</b>	<b>Réultats</b>		<b>Normes</b>	<b>Antécédents</b>
* Cholestérol total.....:	2.23	g/l	(1.5 à 2.2)	2.43 : 27/09/2018
Cholestérol HDL.....:	0.41	g/l	(> = à 0.4)	0.52 : 27/09/2018
Cholestérol LDL.....:	1.56	g/l	(< = à 1.6)	1.68 : 27/09/2018
Triglycerides.....:	1.13	g/l	(0.4 à 1.6)	1.18 : 27/09/2018

462, Rue Mustapha El Maâni - Rond Point Hassan II - 21.000 Casablanca - Tél. : 05.22.27.66.73/24 - Fax : 05.22.26.50.87

# LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES LABOMEDIC

M.S. EI HAROUCHI ( PHARMACIEN BIOLOGISTE ).

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE LYON

462, Rue Mustapha El Maani - Casablanca Tel : 022-27.66.73/24 Fax : 022-26-50-87

I.C.E :001543075000027 - RC : 1631 - Pat : 34201990 - CNSS : 128091 - RIB : ATW007780000000180200001638

Facture N:

19 / 14944

INPE : 093000180

IF : 41802740

Date : 06/01/2020

Suite aux Analyses Effectuées Le 06/01/2020

Sous La Prescription Du Docteur EL MAKHLOUF

Pour BENKIRANE HAMID

Ayant La Référence : KL437

Organisme :



KL437

## Bilan :

CHOL~HDL~LDL~TRI

**Cotation : B 170 + Prelevement**

**Montant Net : 240 Dhs**

**ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :**

**DEUX CENT QUARANTE DHS**

Dr. EL HAROUCHI Mohamed Saïd  
Laboratoire d'Analyses  
Médicales LABOMEDIC  
462, Rue Mustapha El Maani  
Tel : 022-27.66.73/24 - Fax : 022-26-50-87  
Casablanca  
Ref : 001543075000027

CABINET DE CONSULTATIONS  
ET D'EXPLORATIONS  
CARDIO-VASCULAIRES

الدكتور المخلوف على  
Docteur EL MAKHLOUF Ali  
Professeur Agrégé

Casablanca, le

04/01/2020 البيضاء في

Nom et Prénom :

Mr Bentkiran Hocine

Examen du sang

- Crétatinémie
- Urée sanguine
- Acide Urique
- Glycémie à jeun
- Cholestérol total, HDL, LDL
- Triglycérides
- SGOT - SGPT - G.T.
- Marqueurs hépatites B et C
- VS, NFS avec plaquettes
- CPK
- CPKmb
- Dosage de la vitamine D
- Ferritinémie
- ASLO
- Fibrinémie
- Taux de Prothrombine + INR
- Ionogramme sanguin
- P.S.A.
- T3  T4  TSHus
- Hb Glycosylée
- Troponine
- C.R.P
- Electrophorèse des protides
- Protidémie
- D-Dimères

Examen des urines

- Recherche de l'Albumine
- Microalbuminurie de 24 heures
- Cyto. Bac. des urines
- Ionogramme Urinaire

Dr. EL MAKHLOUF Ali  
Professeur Agrégé Cardiologie  
5, Rue Med. Abdouh - Casablanca  
Tél: 05 22 29 81 55/59 - 05 22 47 26 89

زنقة محمد عبdo - الشقة 2 - (الطابق الأسفلي) - الهاتف : 0522.29.81.55 / 59 / 0522.47.26.89  
5, rue Mohamed Abdou - Appt n° 2 (R.C.) - Casablanca - Té. C. : 0522.29.81.55 / 59 / 0522.47.26.89 - D. : 0522.79.85.32  
Fax : 0522.22.62.97 فاكس :

**A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT**

Nom et prénom du patient (e) : BENICIRANE Hamid

Age du patient (e) : ..... Date des soins : ..... 

Nature de la maladie<sup>(\*)</sup> : Dyslipidémie

S'il s'agit d'un accident ou d'un traumatisme, causes et circonstances



PRATICIEN	DATE	NATURE DES ACTES	COTATION	HONORAIRES	SIGNATURE ET CACHET DU PRATICIEN
MEDECINS TRAITANTS	06-01-2020	C			<i>S</i> MAKHLIS PHARMACIE D'ABIDJAN Marijss 55A Rue Oumarou Gana Tel: 0522 27 33 62 0522 27 33 62
PHARMACIE	06/01/2020			286,60	
ANALYSES / RADIOGRAPHIES	06 JAN 2020	B 170 + PCA 5		240 DHS	<i>V. D. SARNOCKI Laboratoire Médical 100 Avenue de l'Indépendance Abidjan 01</i>
AUXILIAIRES MEDICAUX					
OPTICIEN					



A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom et prénom du patient (e) : *Benkoussé Hawa*

Age du patient (e) : ..... Date des soins :

Nature de la maladie (\*) : *161 + HTA*

S'il s'agit d'un accident ou d'un traumatisme, causes et circonstances (\*) :

(\*) : Au cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, veuillez communiquer les renseignements sous pli confidentiel séparé, à l'attention du médecin conseil de la compagnie

PRATICIEN	DATE	NATURE DES ACTES	COTATION	HONORAIRES	SIGNATURE ET CACHET DU PRATICIEN
MEDECINS TRAITANTS	<i>24/12/2019</i>	<i>GSK16</i>	<i>3000</i>	<i>3000</i>	<i>Dr. EL MAKHLOUNE AN</i> <i>Professeur Agrégé Cardiologie</i> <i>5, Rue Med. Abdouh - Casab</i> <i>Tél: 05 22 29 81 55/59 - 05 22 47 26 89</i>
PHARMACIE	<i>24/12/2019</i>	<i>test off</i>	<i>1000</i>	<i>1000</i>	
ANALYSES / RADIOPHGRAPHIES					
AUXILIAIRES MEDICAUX					
OPTICIEN					

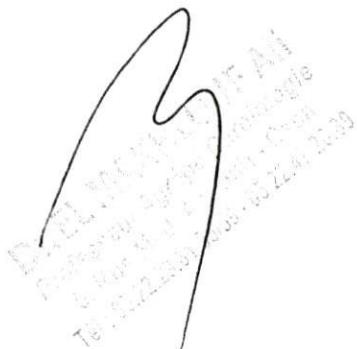
**PROFESSEUR Ali EL MAKHLOUF**  
**Cardiologie adulte et pédiatrique**  
**Explorations Cardio-vasculaires**

**5 rue Mohamed Abdou**  
**CASABLANCA**  
**Tél. : 0522 29 81 55 / 59 ou 0522 47 26 89**  
**Dom : 0522 79 85 32 - Fax : 0522 22 62 97**  
**GSM cabinet : 06 78 18 18 16**

**Casablanca, le 24 Décembre 2019**

Mr Hamid BENKIRANE

1 - TEST D EFFORT  
D TH A. ATYPIQUE . IM GARDE 2 PAR PROLAPSUS DE P2 . IAO1 VG PERU DILATE .  
FCT VG NORMALE



A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Ali El Makhlof', is written over a circular stamp. The stamp contains the text 'PROFESSEUR Ali EL MAKHLOUF' at the top, followed by 'Cardiologie adulte et pédiatrique' and 'Explorations Cardio-vasculaires' at the bottom, all in a smaller font.

**TRAITEMENT A NE PAS ARRETER JUSQU'A LA PROCHAINE VISITE**  
**EN CAS D'URGENCE APPELER LA CLINIQUE JERRADA OASIS AU :**  
**05 22 23 81 81 OU 05 22 23 84 52/53/54**  
**OU ENVOYER UN MESSAGE ECRIT AU : 06 61 13 14 83**



Casablanca, le .....

**COMPTE RENDU D'EPREUVE D'EFFORT****NOM : BENKIRANE****PRENOM : HAMID****DATE D'EXAMEN : 24.12.2019****Compte rendu de l'examen :**

- Test d'effort mené à 93% de la fréquence maximale théorique, mené au 3<sup>ème</sup> palier
- Douleur thoracique retrosternale au maximum de l'effort
- Sous décalage ascendant du segment ST à l'ECG
- ESV peu fréquentes au cours de l'effort avec un doublet
- Pas de trouble de la conduction au cours du test
- Profil tensionnel adapté à l'effort avec une pression artérielle initiale à 110/70 mmHg et une pression artérielle au maximum de l'effort à 185/90mmHg
- Bonne performance chronotrope
- Bonne récupération

**AU TOTAL :**

Test d'effort mené à 93% de la fréquence maximale théorique, positif cliniquement et litigieux électriquement. ESV peu fréquentes

**Pr A. EL MAKHLOUF**

Dr. EL MAKHLOUF Ali  
Professeur Agrégé Cardiologie  
5, Rue MED. Abdouh - Casa  
Tél: 05 22 29 81 55/59 - 05 22 47 26 89

N° règlement : 2020008845

## DECOMpte DES PRESTATIONS MALADIE



Contrat n° : 004.2006.00000109-02

Ste contractante : MAROC LEASING

Soin du : 24/12/2019

Adhésion n° : 00000188

Adhérent(e) : \*BENKIRANE HAMID

Sinistre n° : 040.2019.10368123

Malade : Lui même

Déclaré le : 08/01/2020

Date décision : 13/01/2020

Numéro RIB :

Reçu le : 07/01/2020

Nature Prestation	Frais Engagés (Dhs)	Remboursement			
		Mnt.Retenu (Dhs)	Base Remb.(Dhs)	Tx(%)/Val.	Mnt.Remboursé (Dhs)
CONSULTATION DE CARDIOLOGUE + ECG	300.00	0.00	300.00	85.00	255.00
EPRÉUVE D EFFORT	1 000.00	0.00	1 000.00	85.00	850.00
Totaux	1 300.00	0.00	1 300.00		1 105.00
Dossier n° :		Règlement compagnie (Dhs)			1 105.00

Observation(s) :

Signature Adhérent(e)

N° règlement : 2020008845

Contrat n° : 004.2006.00000109-02  
 Adhésion n° : 00000188  
 Malade : Lui même  
 Numéro RIB :

### DECOMpte DES PRESTATIONS MALADIE

Ste contractante	: MAROC LEASING	Soin du	: 06/01/2020
Adhérent(e)	: *BENKIRANE HAMID	Sinistre n°	: 040.2020.00000484
Déclaré le	: 08/01/2020	Date décision	: 13/01/2020
		Reçu le	: 07/01/2020

Nature Prestation	Frais Engagés (Dhs)	Remboursement			
		Mnt.Retenu (Dhs)	Base Remb.(Dhs)	Tx(%)/Val.	Mnt.Remboursé (Dhs)
Pharmacie	286.60	0.00	286.60	85.00	243.61
BIOLOGIE MEDICALE	240.00	0.00	240.00	85.00	204.00
<b>Totaux</b>	<b>526.60</b>	<b>0.00</b>	<b>526.60</b>		<b>447.61</b>
Dossier n° :		Règlement compagnie (Dhs)			<b>447.61</b>

Observation(s) :

Signature Adhérent(e)