

# 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.

## Prothésaire :

En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

## 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)



## Déclaration de Maladie

N° P19- 047354

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4780 Société : 25948

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KRODARI FATNA

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° P19-047354

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 :



# 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>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°		W18-339764	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois		Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle	



W18-339764

DATE DE DEPOT

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

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mle
Nom & Prénom <b>KRODARI FATMA</b>		
Fonction : .....	Phones : .....	
Mail <b>4780</b>		
<b>MEDECIN</b>		
Prénom du patient .....		
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>
Age .....		Date .....
Nature de la maladie		Date 1ère visite
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
Signature et cachet du médecin		
<b>PHARMACIE</b>		
Date .....		
Montant de la facture		
Signature et cachet du pharmacien		
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>		
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
<b>B390</b>	<b>429,000k</b>	
Date : <b>13/01/20</b>		
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES EL JOLANE Docteur Tarik Jawad Rue 16 Av Joulane Firdi Ohmme Tél : 05 22 38 05 30		
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>		
Date : .....		
Nombre		Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM
IV		
CACHET		

**Dr. Mohamed Ali BENNANI**  
**Cardiologue**

Spécialiste des maladies  
du coeur, des vaisseaux  
et de l'hypertension artérielle  
Echocardiographie doppler - Holter  
Tensionnel - Holter rythmique  
Epreuve d'effort  
Traitement des varices  
Sur Rendez-vous



مركز فحوصات القلب والشرايين  
CENTRE D'EXPLORATIONS  
CARDIOVASCULAIRES

**الدكتور محمد علي بناني**

إختصاصي في أمراض القلب والشرايين

وارتفاع الضغط الدموي

التشخيص بالأشعة فوق الصوتية والدوبلر  
تسجيل مستمر لضغط الدم لمدة 24 ساعة  
تسجيل مستمر لتخطيط القلب لمدة 24 ساعة  
تخطيط القلب عند المجهود  
علاج الدوالي (العروق المنتفخة بالساق)  
بالموعد

Casablanca, le : ..... في : الدار البيضاء

Nom : **M. KHOUDARI FATNA**

le :

**Ordonnance**

Faire après 12 heures de jeûne :

- Créatininémie
- NFS
- Uricémie (acide urique)
- Transaminases
- Glycémie à jeûn, Hb gly

Docteur Mohamed Ali BENNANI

Dr Mohamed Ali BENNANI  
Spécialiste des Maladies du Coeur  
des Vaisseaux et de l'Hypertension Artérielle  
1, Rue 4 Ahd El Jadid et Bd Reda Guedira  
Tél : 05 22 59 59 00  
LABORATOIRE D'ANALYSES  
MEDICALES EL JOULANE  
DOCTEUR Tarik Jawad  
S. Bloc 16 Av Joulane Sidi Oummahe  
Tél : 05 22 38 05 30

Traitement à ne pas arrêter jusqu'au prochain rendez-vous le :

عدم توقف الوصفة حتى الموعد المقبل في :

1, Zénqa 4 العهد الجديد وشارع رضى اكديرة (النيل سابقا) - الطابق الأول (قرب حمام الفن) - ابن امسيك - الدار البيضاء  
1, Rue 4 Ahd El Jadid et Bd. Reda Guedira (Ex. Nil) - 1<sup>er</sup> Etage - (à Côté de Hammam El Fane) - Ben M'sik - Casablanca  
E-mail : bennanimedali@yahoo.fr : البريد الإلكتروني : Tél./Fax : 05 22 59 59 00 : الهاتف/الفاكس

**LABORATOIRE EL JOULANE  
D'ANALYSES MEDICALES**



**مختبر الجولان  
للتحليلات الطبية**

**Dr. TARIK Jawad**  
*Médecin Biologiste*

**الدكتور طارق جواد**  
طبيب اختصاصي في التحليلات الطبية

**Facture n° 111528**

CASABLANCA LE : 13/01/2020

Analyses effectuées le: 13/01/2020

Pour.....: **Mme KHOUDARI FATNA**

Sur prescription du: Dr BENNANI MOHAMED ALI

Code.....: 04IB7318



Organisme.....:

**Bilan:**

NFS=B80 GLY=B30 CREAT=B40 AU=B40  
GOT=B50 GPT=B50 HBA1C=B100

Cotation : (B 390 )

**Montant Net : 429.00 Dhs**

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : 429.00 Dhs

LABORATOIRE D'ANALYSES  
MEDICALES EL JOULANE  
Docteur Tarik Jawad  
5 Bloc 16 Av. Joulane Sidi Othmane  
Tél: 05 22 38 05 30



# LABORATOIRE EL JOULANE D'ANALYSES MEDICALES



# مختبر الجولان للتحليلات الطبية

**Dr. TARIK Jawad**  
Médecin Biologiste

الدكتور طارق جواد  
طبيب اختصاصي في التحليلات الطبية

Prélèvement du : 13/01/2020  
Edition du : 13/01/2020  
Référence: 0AMJ42425

Mme KHOUDARI FATNA

Code Patient 04IB7318



Médecin: Dr. BENNANI MOHAMED ALI

## EXAMENS DE SANG

### BIOCHIMIE

Analyses	Résultats	Normes	Antécédents
Glycémie.....	: 2.46 g/l	(0.70 à 1.10)	
Hémoglobine Glyquée (HbA1c ).... (Tech:HPLC-Automate Tosoh G7)	: 10.6 %	(3.9 à 6.2)	11.3 (13/03/18)
Créatinine.....	: 13 mg/l	(6 à 11)	13 (19/10/18)
Acide Urique.....	: 64 mg/l	(26 à 60)	62 (19/10/18)
Transaminases - SGOT.....	: 22 UI/l	(< 35)	
- SGPT.....	: 16 UI/l	(< 35)	

LABORATOIRE D'ANALYSES  
MEDICALES EL JOULANE  
DOCTEUR TARIK JAWAD  
5, Bloc 16 Av Joulane Sidi Othmane  
Tél : 05 22 38 05 30

# LABORATOIRE EL JOULANE D'ANALYSES MEDICALES



# مختبر الجولان للتحليلات الطبية

Dr. **TARIK Jawad**  
Médecin Biologiste

الدكتور طارق جواد  
طبيب اختصاصي في التحليلات الطبية

Prélèvement du : 13/01/2020

Edition du : 13/01/2020

Référence: 0AMJ42425

Mme KHOUDARI FATNA

Code Patient 04IB7318



Médecin: Dr. BENNANI MOHAMED ALI

## EXAMENS DE SANG

### HEMATOLOGIE

Analyses	Résultats	Normes	Antécédents
NUMERATION GLOBULAIRE			
Globules rouges.....	4.48	M/mm3	Femme (4 à 5,4) 4.54 (19/10/18)
Hémoglobine.....	13.3	g/100ml	(12 à 15) 12.7 (19/10/18)
Hématocrite .....	38.0	%	(35 à 47) 37.4 (19/10/18)
V.G.M .....	85.	μ3	(83 à 95) 82. (19/10/18)
T.C.M.H.....	30.	pg	(27 à 33) 28. (19/10/18)
C.C.M.H.....	35.	%	(32 à 36) 34. (19/10/18)
Plaquettes .....	284	Mille/mm3	(150.000 à 450.000) 252 (19/10/18)
Globules blancs.....	10100	/mm3	(4.000 à 10.000) 9600 (19/10/18)

### FORMULE LEUCOCYTAIRE

Polynucléaires Neutrophiles:	66	%	Soit: 6666. /mm3	(2000 à 7500)	56% (19/10/18)
Polynucléaires Eosinophiles:	02	%	Soit: 202. /mm3	(< à 400)	05% (19/10/18)
Polynucléaires Basophiles...:	00	%	Soit: 0. /mm3	(< à 100)	00% (19/10/18)
Lymphocytes.....	28	%	Soit: 2828. /mm3	(1500 à 4000)	34% (19/10/18)
Monocytes .....	04	%	Soit: 404. /mm3	(200 à 800)	05% (19/10/18)

LABORATOIRE D'ANALYSES  
MEDICALES EL JOULANE  
DOCTEUR TARIK JAWAD  
5, Bloc 16 Av. Joulane Sidi Othmane  
Tél: 05 22 38 05 30