

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.

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.

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

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- 052253

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7929 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : LAMLI ABDE RAHIM

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° P19-052253

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 :

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

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.

Educations :

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 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
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° P19-0040822

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7929 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : LAMLIJI ABDELLAHIM
Date de naissance : 01-01-1960
Adresse : AGADIR
Tél. : 0662072894 Total des frais engagés : 1611,10 Dhs Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 02-04-2020
Nom et prénom du malade : EL ACHKEK MAMA Age : 52A
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Rhinopharyngite + Laryngite + Polype nasale + polype + polype + polype
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° P19-040822

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 :

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
01/04/2020	C		1500	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	01/04/20	203,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	19/05/20	B 1130	1258,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT 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			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. AMAL SEDIKI

Médecine Générale
Diplôme en Echographie
Tél: 05 28 32 06 71

الدكتورة أمال الصديقي

الطب العام
دبلوم الفحص بالصدى
الهاتف: 05 28 32 06 71

Agadir, le: 02/04/2020.

Mr. EL ACHKER MAMA

18,00

1) Doliprane vtc. 900
2 - 2 - 2

PPV 18 DH 00
PER 01/23
LOT J325
S1

119,10

2) fisonel pulv nasal

N° du Lot J124
Date Per. 09/04/20
P.P.V: 119,10 DH

66,00

3) Strepsul cool 900
1cp à sucer
3x / 8

SV

محلول الفموز.

PPV: 66 DH 00

Dr. Amal SEDIKI
Médecine Générale
Diplôme d'Echographie
N° 526 Bloc K 1er Etage
Al Houda Agadir
Tél: 05 28 32 06 71

PHARMACIA
N° 49 Bv. Farah
Cité Dahbia
Tél: 028 32 06 71

203,10

Tél: 05 28 32 06 71 E-mail: amal.sediki04@gmail.com

بلوك K. رقم 526، الطابق الأول، (فوق متجر ممتاز ألوان، قرب صيدلية الذهبية) الهدى - أكادير.
Bloc k - N°526, 1er Etage (en haut de supermarché alwan, près de pharmacie dahbia), Al Houda, Agadir
(المرجو اصطحاب هذه الوصفة عند الزيارة المقبلة)

Dr. AMAL SEDIKI

Médecine Générale
Diplôme en Echographie
Tél: 05 28 32 06 71

الدكتورة أمال الصديقي

الطب العام
دبلوم الفحص بالصدى
الهاتف: 05 28 32 06 71

Agadir, le: 02/04/2020.

ع
EL AKH KER MAMA

فحص SVP =

- MFS

- GPT

- HbA_{1c}

CT, HDL, LDL et TG.

Acidémie Ag.

Vit D₂ / DS

TSHus.

Am

Tél: 05 28 32 06 71 E-mail: amal.sediki04@gmail.com

بلوك K. رقم 526. الطابق الأول. (فوق متجر ممتاز ألوان، قرب صيدلية الذهبية) الهدى - أكادير.
Bloc k - N°526, 1er Etage (en haut de supermarché alwan, près de pharmacie dahabia), Al Houda, Agadir
(المرجو اصطحاب هذه الوصفة عند الزيارة المقبلة)

LABORATOIRE EL ALLALI ANALYSES MEDICALES

Dr MOHAMED AZIZ EL ALLALI

61 bis Rue de Marrakech

80020 AGADIR

Tél: 05.28.84.33.84 Fax: 05.28.82.87.58

I.C.E: 001702973000057 INPE: 043060623

I.F: 76143330

"FACTURE NO" : 2002152

ND:110520 050

NP:7513

Analyses effectuées le .. : 11/05/20

Pour : Mm EL ACHKER MINA

Sur prescription du : Dr SEDIKI AMAL

NFS	NUMERATION FORMULE-PLAQUETTE-HEMOGLOB	B	80
GLY	GLYCEMIE A JEUN	B	30
HBA1	HEMOGLOBINE GLYQUEE HBA1 C	B	100
ACU	ACIDE URIQUE	B	30
CHOL	CHOLESTEROL	B	30
HDL	CHOLESTEROL HDL	B	50
LDL	CHOLESTEROL LDL	B	50
TRIG	TRIGLYCERIDES	B	60
TSH	TSH us	B	250
VITD	Vitamine 25 (OH) D2 et 25 (OH) D3	B	450

Total Prélèvements : 15,00

Total des B : 1130

Total Dossier : 1258,00 Dirhams

LABORATOIRE Dr. EL ALLALI
D'ANALYSES MEDICALES
Pharmacie Biologiste
Tél: 05 28 84 33 84 / Fax: 0528 82 87 58
E-mail: laboelallali@gmail.com



Laboratoire EL ALLALI

Dr. Mohamed Aziz EL ALLALI

Pharmacien Biologiste - Bruxelles - Belgique

Diplôme Universitaire "Qualité" - Bordeaux - France

مختبر التحليلات العلالية

الدكتور محمد عزيز العلالية

صيدلاني إحيائي - جامعة بروكسل - بلجيكا

شهادة جامعية "جودة" - بورديو - فرنسا

الجودة صراع المستقبل
La qualité est le combat d'avenir

Vos résultats sur l'application :
"Labo EL ALLALI"



☎ 05 28 84 33 84
☎ 07 67 37 80 41

🌐 www.laboelallali.com
✉ laboelallali@gmail.com

N°Dossier: 110520 050

Patient : Mme EL ACHKER MINA

Sexe F DN: 05/08/1968 (51 ans) ND: 7513

Médecin : Dr. SEDIKI AMAL

01

Prélèvement Effectué au laboratoire le 11/05/2020 à 14h47
Examens créés le 11/05/2020 à 14h48
Résultat Final édité le 12/05/2020 à 15h28

Page : 1 / 3

HEMATOLOGIE

(PENTRA ABX)

NUMERATION SANGUINE

Leucocytes	5,60	milliers/mm3	4 à 10	11/07/18 : 4,60
Hématies	3,99	millions/mm3	4 à 5.5	11/07/18 : 4,19
Hémoglobine	12,3	grs/mm3	12 à 15.5	11/07/18 : 12,2
Hématocrite	36,9	%	35 à 45	11/07/18 : 37,0
V.G.M	92	μ3	85 à 98	11/07/18 : 88
T.G.M.H	31	Picogrs	28 à 32	11/07/18 : 29
C.C.M.H	33	%	29 à 35	11/07/18 : 33
PLAQUETTES	162	milliers/mm3	150 à 450	11/07/18 : 194

FORMULE LEUCOCYTAIRE

Neutrophiles	51	%	45 à 70	11/07/18 : 49
	2 856	/mm3	1800 à 7000	11/07/18
Lymphocytes	40	%	20 à 50	11/07/18 : 45
	2 240	/mm3	800 à 5000	11/07/18
Monocytes	4	%	0 à 10	11/07/18 : 4
	224	/mm3	0 à 1000	11/07/18
Eosinophiles	5	%	0 à 5	11/07/18 : 2
	280	/mm3	0 à 500	11/07/18
Basophiles	0	%	0 à 2	11/07/18 : 0
	0	/mm3	0 à 200	11/07/18

BIOCHIMIE

(Technique photométrie. cobas c311)

Glycémie à jeun	1,25	g/l	0.7 à 1.10	11/07/18 : 1,07
	6,95	mmol/l	3.9 à 6.11	

Tous les résultats sont validés par Dr. EL ALLALI

Laboratoire Dr. EL ALLALI
ANALYSES MEDICALES
Pharmacien Biologiste
05 28 84 33 84 / Fax: 05 28 82 87 58
E-mail: laboelallali@gmail.com

61, Bis, rue de Marrakech, Quartier industriel
Tel: 05 28 84 33 84 / Fax: 05 28 82 87 58
Web: www.laboelallali.com / Mail: laboelallali@gmail.com

Dr. M. A. EL ALLALI

N°Dossier:110520 050

Patient : Mme EL ACHKER MINA

Sexe F DN: 05/08/1968 (51 ans)

Médecin : Dr. SEDIKI AMAL

01

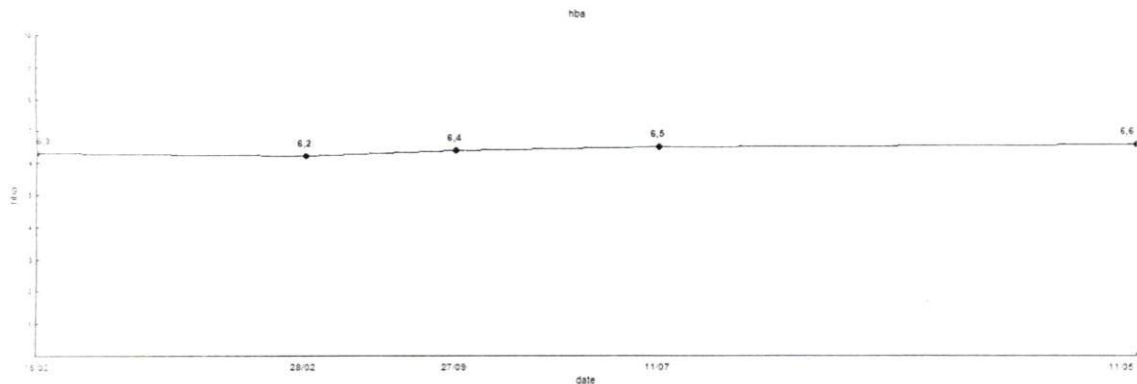
Prélèvement Effectué au laboratoire le 11/05/2020 à 14h47

Examens créés le 11/05/2020 à 14h48

Résultat Final édité le 12/05/2020 à 15h28

Page : 2 / 3

H.B.A.1.C 6,6 % 4.5 - 6.3 11/07/18 : 6,5
(Technique HPLC TOSOH G7)



Acide urique	43,00	mg/l	24 à 57	27/09/17 : 53,00
Cholestérol Total	2,32	g/l	< 2.00	11/07/18 : 2,77
	5,99	mmol/l	< 5.16	
Cholestérol HDL	0,41	g/l	0.4 à 0.7	11/07/18 : 0,52
Cholestérol LDL	1,59	g/l	< 1.5	11/07/18 : 2,00
RQ: la formule de Friedewald (LDL-C) n'est valable que pour les taux de triglycérides < à 4.0 g/l.				
Triglycérides	1,58	g/l	0.30 à 1.5	11/07/18 : 1,26

Tous les résultats sont validés par Dr. EL ALLALI

LABORATOIRE EL ALLALI
D'ANALYSES MÉDICALES
Pharmacien Biologiste
Tél: 05 28 84 33 84 / Fax: 0528 82 87 58
E-mail: laboelallali@gmail.com

Dr. M. A. EL ALLALI



Laboratoire EL ALLALI

Dr. Mohamed Aziz EL ALLALI

Pharmacien Biologiste - Bruxelles - Belgique

Diplôme Universitaire "Qualité" - Bordeaux - France

مختبر التحليلات العاللي

الدكتور محمد عزيز العاللي

صيدلاني إحيائي - جامعة بروكسل - بلجيكا

شهادة جامعية - "جودة" - بورديو - فرنسا

الجودة صراع المستقبل
La qualité est le combat d'avenir

Vos résultats sur l'application :
"Labo EL ALLALI"



☎ 05 28 84 33 84
☎ 07 67 37 80 41

🌐 www.laboelallali.com
✉ laboelallali@gmail.com

N°Dossier: 110520 050

Patient : Mme EL ACHKER MINA

Sexe F DN: 05/08/1968 (51 ans) ND: 7513

Médecin : Dr. SEDIKI AMAL
01

Prélèvement Effectué au laboratoire le 11/05/2020 à 14h47

Examens créés le 11/05/2020 à 14h48

Résultat Final édité le 12/05/2020 à 15h28

Page : 3 / 3

HORMONOLOGIE

TSHus

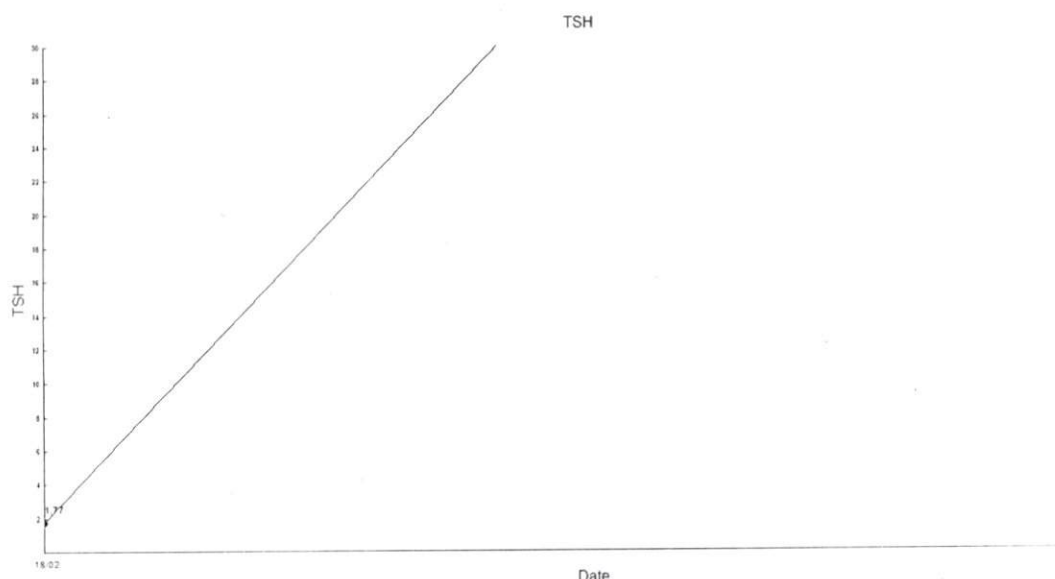
70,38 μ UI/ml

0.27 à 4.20

18/02/16 : 1,77

Résultat Vérifié

(Tech Eléctrochimiluminescence/e411)



VITAMINOLOGIE

Vitamine 25(OH) D2-D3

13,10 μ g/l

28/02/17 : 14,40

(Technique ELFA sur VIDAS)

Interpretation:

- <20 μ g/L: Déficient
- 21 - 29 μ g/L: Insuffisance.
- 30 - 100 μ g/L: Suffisant
- >100 μ g/L: Toxicité potentielle

Tous les résultats sont validés par Dr. EL ALLALI

LABORATOIRE Dr. EL ALLALI
D'ANALYSES MÉDICALES
Pharmacien Biologiste
Tél: 05 28 84 33 84 / Fax: 05 28 82 87 58
✉ mail: laboelallali@gmail.com

61, Bis, rue de Marrakech, Quartier industriel Agadir
INPE: 043060623 / Tel: 05 28 84 33 84 / Fax: 05 28 82 87 58
Web: www.laboelallali.com / Mail: laboelallali@gmail.com