

## 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 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

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

- N° W19-527390

37493

Maladie       Dentaire       Optique       Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05774      Société : RAN

Actif       Pensionné(e)       Autre

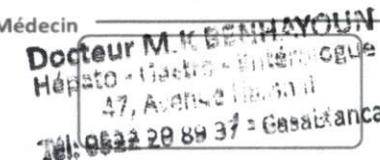
Nom & Prénom : BENNIS Nouzha

Date de naissance : 01/01/1961

Adresse : Rte EL Naoussour Ing # 5  
Bd Ghaoui - Casablanca

Tél. : 0661155894      Total des frais engagés :      Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  


Date de consultation :      Age :     

Nom et prénom du malade : M. Bennis Nouzha

Lien de parenté :  Lui-même       Conjoint       Enfant

Nature de la maladie : Affection digestive

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.

24 AOUT 2020

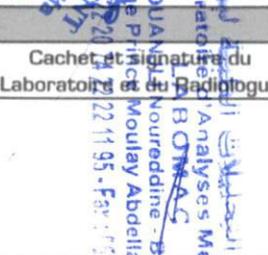
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :      Le :     

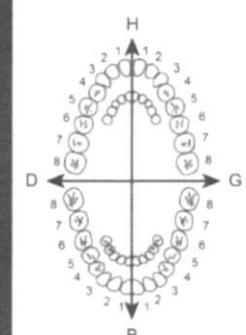
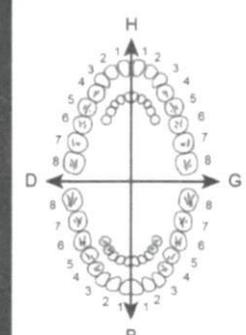
Signature de l'adhérent(e) : 

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
6/8/20				 Docteur M. M. B. EL MANSOURI Hépato-Gastro-Entérologue 47, Avenue de la Liberté - Casablanca 33 522 28 87 37 - Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Courrier	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE EL MANSOURI 213 Bd Mohammed VI - Casablanca Tél: 33 522 36 75 51	6/8/20	192,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 LABORATOIRE DE RADIOLOGIE B. OUMAG Noureddine - Protégés Pr. Moulay Abdellah + Casablanca Tél: 33 22 11 95 - Fax: 33 22 15 95	21/08/20	250,00 150,00 150,00	600,00

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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.																		
<b>Important :</b> 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	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
	<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		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Hépatogastro



par jour.  
complément d'une alimenta  
équilibrée. Renouveler les prises  
des sensibilités individuelles.

Ne pas dépasser la dose journalière recommandée.  
Complément alimentaire n'est pas médicament.  
Ne pas laisser à la portée des enfants.  
A conserver à l'abri de l'humidité et de la chaleur.

LOT: 200 126  
DLUO: 05/2023  
63, 30DH

Fabriqué par: **Deva**  
Pharmaceutique  
140-147, Zone Industrielle  
T4 Méd. Casablanca

NEOFORTAN® 160 mg

PPV: 30DH00  
EXP: 02/2023  
LOT: 02029 3

PPV: 30DH00  
PER: 06/22  
LOT: J494-5

دكتور كمال  
amal BE



إختصاصي في أمراض الكبد والج  
Maladies du Foie et de l'Appareil Digestif

Lauréat de la Faculté  
de Médecine de Paris  
خريج كلية الطب بباريس

Casablanca, le 06/08/2020

Mme Bennis Nouzha

Membre de l'Association  
Française pour l'Etude du Foie  
عضو في الجمعية الفرنسية  
لدراسة الكبد

Endoscopie  
التنظير الداخلي

Echographie  
الفحص بالصدى

Proctologie  
أمراض المخرج

30,00

**Prazol 20 mg**  
1 gel/j

6380

**Ballonyl**  
2 cp, 3 fois/j

9880

**Néofortan 160 mg**  
1 cp, 3 fois/j

x7j

192,10



PHARMACIE DE L'ORIENT  
Mme LAKHASSI TABBARA Latifa  
213, Bd Yacoub El Mansour - Casablanca  
Tél: 0522 36 75 51

Docteur M. K. BENHAYOUN  
Hépatogastro  
47, Avenue Hassan II - Casablanca  
Tél: 0522 20 89 37



Lauréat de la Faculté  
de Médecine de Paris  
خريج كلية الطب بباريس

Membre de l'Association  
Française pour l'Etude du Foie  
عضو في الجمعية الفرنسية  
لدراسة الكبد

Endoscopie  
التنظير الداخلي

Echographie  
الفحص بالصدى

Proctologie  
أمراض المخرج

الدكتور محمد كمال بن حيون

Dr M.Kamal BENCHAYOUN

إختصاصي في أمراض الكبد و الجهاز الهضمي

Spécialiste des Maladies du Foie et de l'Appareil Digestif

Casablanca, le 06/08/2020

**Mme Bennis Nouzha**

- NFS plaquettes, CRP
- Transaminases, GGT
- Lipasémie

Docteur M. K. BENCHAYOUN  
Hépatogastro - Gastro-Entérologie  
47, Avenue Hassan II  
Tél: 0522 20 89 37 - Casablanca

Tél: 0522 20 74 22, 22 41 95 - Fax: 0522 26 83 02  
10, Rue Prince Moulay Abdellah - Casa  
Dr LOUANJLI Noureddine - Biologiste  
LABOMAC  
Laboratoire d'Analyses Médicales  
مختبر التحليلات الطبية ليوماك

Mme BENNIS Nouzha F  
01-08-1961



A coller sur l'ordonnance

ORDONNANCE

INP : 093001980  
IF : 706552  
ICE : 001654761000041

## FACTURE

Casablanca le 21-08-2020

**MUPRAS**  
**Mme Nouzha BENNIS**  
Prescripteur : Dr M.Kamal BENHAYOUN

Demande N° 2008210001

Analyses :

<b>Récapitulatif des analyses</b>			
CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Prélèvement sanguin	E22	E
0141	Gamma glutamyl transférase (GGT)	B50	B
0146	Transaminases O (TGO)	B50	B
0147	Transaminases P (TGP)	B50	B
0148	Lipase	B100	B
0216	Numération formule	B80	B
0370	CRP	B100	B

Total des B : 430

TOTAL DOSSIER : 600.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : six cents dirhams

*Dr Noureddine LOUANJLI*

Dr LOUANJLI Noureddine  
10, Rue Prince Moulay Abdellah - Casablanca  
Tél : 05 22 20 74 22 / Fax : 05 22 26 83 03  
Laboratoire d'Analyses Médicales  
LA B O M A C  
الطبيب لـ لوانجلي  
مختبر التحاليل الطبية

Prélèvement a Domicile Tél. : 06 77 06 70 95

Date du prélèvement : 21-08-2020 à 07:57  
Code patient : 2008210001  
Né(e) le : 01-08-1961 (59 ans)

**Mme Nouzha BENNIS**  
Dossier N° : 2008210001  
Prescripteur : Dr M.Kamal BENHAYOUN



## HEMATOLOGIE

### HEMOGRAMME (Automates : Sysmex XN-2000 et Mindray BC-6800)

"Les valeurs de référence sont automatiquement éditées en fonction de l'âge, du sexe, état physiologique du patient(e) et l'âge de grossesse"

<b>Hématies :</b>	5.64	M/mm <sup>3</sup>	(3.90-5.40)
<b>Hémoglobine :</b>	15.2	g/dL	(12.0-15.6)
<b>Hématocrite :</b>	46.1	%	(35.5-45.5)
VGM :	82	fL	(80-99)
TCMH :	27	pg	(27-34)
CCMH :	33.0	g/dL	(28.0-36.0)
RDW-CV :	13.6	%	(0.0-18.5)
<b>Leucocytes :</b>	7 580	/mm <sup>3</sup>	(3 900-10 200)
Polynucléaires Neutrophiles :	51	%	
Soit:	3 866	/mm <sup>3</sup>	(2 000-7 500)
Lymphocytes :	35	%	
Soit:	2 653	/mm <sup>3</sup>	(1 000-4 000)
Monocytes :	9	%	
Soit:	682	/mm <sup>3</sup>	(<1 100)
Polynucléaires Eosinophiles :	4	%	
Soit:	303	/mm <sup>3</sup>	(0-600)
Polynucléaires Basophiles :	1	%	
Soit:	76	/mm <sup>3</sup>	(0-150)
<b>Plaquettes :</b>	288 000	/mm <sup>3</sup>	(150 000-450 000)

Validé par : **Dr Noureddine LOUANJLI**

Prélèvement a Domicile Tél. : 06 77 06 70 95

Page 1 / 2

40. Rue Prince Moulay Abdellah - Casablanca C.P. 20.080

الأمير مولاي عبدالله - الدار البيضاء - ر ب 20.080

Tél.: 05 22 47 33 83 / 05 22 20 74 22 / Fax : 05 22 26 83 03

e.mail : labomac1@gmail.com / n.louanjli@gmail.com - site internet : www.labomac.ma

ICE : 001654761000041 / PATENTE : 33202488 / IF : 41502000

Date du prélèvement : 21-08-2020 à 07:57  
Code patient : 2008210001  
Né(e) le : 01-08-1961 (59 ans)

**Mme Nouzha BENNIS**  
Dossier N° : 2008210001  
Prescripteur : Dr M.Kamal BENHAYOUN

## BIOCHIMIE SANGUINE

<b>Transaminases GOT (ASAT)</b> (Dosage enzymatique - Roche Diagnostics Cobas)	21 UI/L	(<40)	-
<b>Transaminases GPT (ALAT)</b> (Dosage enzymatique - Roche Diagnostics Cobas)	18 UI/L	(<55)	
<b>Gamma G.T (GGT)</b> (Dosage enzymatique - Roche Diagnostics Cobas)	17 UI/L	(<35)	
<b>Lipase</b> (Dosage enzymatique - Roche Diagnostic Cobas)	51 UI/L	(13-60)	
<b>Protéine C-réactive (CRP)</b> (Turbidimétrie HS - Roche Diagnostic Cobas)	0.6 mg/L	(<5.0)	

Validé par : **Dr Noureddine LOUANJLI**

Prélèvement a Domicile Tél. : 06 77 06 70 95

40. Rue Prince Moulay Abdellah - Casablanca C.P. 20.080

40. محج الأمير مولاي عبدالله - الدار البيضاء - ر ب

Tél.: 05 22 47 33 83 / 05 22 20 74 22 / Fax : 05 22 26 83 03

e.mail : labomac1@gmail.com / n.louanjli@gmail.com - site internet : www.labomac.ma

ICE : 001654761000041 / PATENTE : 33202488 / IF : 41500000