

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

N° P19- 062448

N° 39019

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2450 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MOUSTAHSINE ABDELOUAHED

Date de naissance : 22-3-53

Adresse : Hay MAZOLA Rue N° 184 H. H. Casa

Tél. : 06 62 70 43 05 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) : ACCUEIL

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															
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux															
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> </table>		H			25533412	21433552		00000000	00000000	G	00000000	00000000		35533411	11433553			Montant des soins
	H																		
	25533412	21433552																	
00000000	00000000	G																	
00000000	00000000																		
35533411	11433553																		
(Création, Remont, adjonction)			Date du devis																
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Fin de																

Visa et cachet du praticien
attestant le devis

Visa et cachet du praticien
attestant l'exécution

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N°	W18-373798	
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		



W18-373798

DATE DE DEPOT

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

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 2450	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom		HOUSTAIT SINE Abdelouahed	
Fonction :		Phones :	
Mail		HAY MAZOLA Rue 1 N° 154 H. H. Casablanca	
MEDECIN		Prénom du patient	
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age
Nature de la maladie		Date 26.07.2020	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		Date 1ère visite	
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
C 2		2	25000
PHARMACIE		Date 14/7/2020	
Montant de la facture		187.20	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date :	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
06/07/20 0360 231,97			
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date :	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

(CACHET)

Docteur. BENABBES TAARJI F.Z

Endocrinologue - Diabétologue

Spécialiste en Diabétologie - Cholestérol

Traitement de l'Obésité - Maigreur

Glande Thyroïde - Surrénales - Seins - Stérilité

Diplômée de l'Université René Descartes Paris V

Sur Rendez-Vous



الدكتورة ف. ز. بن عباس (التعارجي)

إختصاصية في أمراض الغدد - السكري

السمنة و الهرمونات

خريجة كلية الطب روني ديكارت بباريس

بالموعد

ORDONNANCE

Casablanca, le : 14.02.20

Y. Maustachisme Abdelmalek d.

24.40x6.

Levothyrox 100

6.80x6

Levothyrox 25

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

6 mg

187-20

6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

Pharmacie MENJRA
Dr. MENJRA Samir
16, Angle Bd. Inou Sinaâ Rue 4
Hay Hassani - Casablanca
Tel.: 05 22 89 50 05

6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

Angle Route d'Azemmour & Bd. Sidi Abderrahmane, Immeuble Communal 1^{er} Etage (à gauche)

Hay Hassani - Casablanca

Tél.: 0522 93 31 49 - GSM (Urgence): 0522 90 07 85 / 0661 08 15 48 - E-mail : drbenabbes@hotmail.fr

Docteur.BENABBES TAARJI F.Z

Endocrinologue - Diabétologue

Spécialiste en Diabétologie - Cholestérol

Traitement de l'Obésité - Maigreur

glande Thyroïde - Surrénales - Seins - Stérilité

**Diplômée de l'Université René Descartes Paris V
Sur Rendez-Vous**



الدرستورة في زمين عيانت النعاجي

إختصاصية في أمراض الغدد - السكري

السمنة والهرمونات

خريجة كلية الطب روني ديكارت بباريس
بالموعد

ORDONNANCE

Nom : MOUSTAHSINE Abdelouahed Casablanca, le : 26.07.20

☒ **NFS**

☐ **Fer sérique**

☐ **Ferritine**

☐ **Groupeage + rhésus**

☐ **VS**

☐ **Lonogramme sanguin**

☐ **GOT/GPT/GT**

☐ **Urée sanguine**

☐ **Créatinémie**

☐ **Glycémie à jeûn**

☐ **Glycémie post prandiale**

☐ **HbA1c**

☐ **Albuminurie**

☐ **Microalbuminurie**

☐ **Prot.C.R**

☐ **C**

☐ **T**

☐ **H**

☐ **LDL-Cholestérol**

☐ **Acide urique sanguin**

☐ **T3**

☐ **T4**

☒ **TSH**

☐ **ECBU**

☐ **Autres:** calcémie

Laboratoire GENELAB Oum Rabii

060720-001



MOUSTAHSINE Abdelouahed
D.N : 03/22/1953

ICE : 001084109000068
Patente : 05051078
Tel.: 05 22 93 10 61
M. BENABBES TAARJI F.Z
Oum Rabii
Laboratoire Général

Dr. BENABBES TAARJI F.Z
Endocrinologue - Diabétologue
Angle Route d'Azzemour
Immeuble Communal 1^{er} Etage
Casablanca - Tel: 05 22 93 31 49

Angle Route d'Azzemour & Bd.Sidi Abderrahmane, Immeuble Communal 1^{er} Etage (à gauche)
Hay Hassani - Casablanca

Tél.:0522 93 31 49 - GSM (Urgence) : 0522 90 07 85 /0661 08 15 48 - E-mail : drbenabbes@hotmail.fr

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES GENELAB "Oum Rabiaâ"**Docteur Mohamed BENAZZOUZ****Pharmacien Biologiste**

Téléphone : 05 22 93 10 60/0522905937/ Fax : 05 22 93 10 61

Mobile bureau : 0661763068/Watsapp 0676845202

Bd.Oum Rabiaâ EL Oulfa (En face siège R.A.M)- Rce Abouab Oum Rabiaâ, Imm "C" - Casablanca,
genelab2@gmail.com**ICE:001084109000068 - Patente : 35051078 - INPE_bio : 097163968 - INPE_labo : 093001394- IF : 51485800****FACTURE****Casablanca , le 07/07/2020****Facture N° 060720-001 du 06/07/2020****MUPRAS****Dr : CHERKAoui ZAHOUANI KHADIJA**

N°Bon de soin

Mle

Patient : Mr MOUSTAHSINE Abdelouahed

Analyses	Valeur en B	Montant
HEMOGRAMME:valeurs correspondantes à l'âge	80	71,20
CALCIUM	30	26,70
TSH-us : Thyroestimuline-Hormone (sang)	250	222,50
Total B	360	320,40
APB	1,0	11,51
Total		331,91

*Arrêtée la présente facture à la somme de :***Trois cent trente-et-un dirhams 91 centimes*****

Genelab
Oum Rabiaâ
M. BENAZZOUZ
Rcs. Abouab Oum Rabiaâ El Oulfa - Casa
Tél.: 05 22 93 10 60 / Fax: 05 22 93 10 61
Patente : 35051078
ICE: 001084109000068



Compte rendu d'analyses

Demandé par Dr : CHERKAOUI ZAHOUANI KHADIJA

N°100, Résidence ofoq Bd Oum Rabii - Oulfa hay hassani

Tél : 0522897934 Fax : 0522897937

Casablanca

Edité le : 07/07/2020

Mr MOUSTAHSINE Abdelouahed

Date naissance: 22/03/1953

Code Patient : 20-03393

INPEGENELAB : 093001394

INPE Bio : 097163968

IF : 51485800

Réf : 060720-001

Heure création: 7:35

Dossier créé le : 06/07/2020

Patient prélevé le : 06/07/2020

Heure Plvt : 7:37 ± 15 min

Page : 1/2

ANALYSES D'HEMATOLOGIE

Valeurs Usuelles

Antériorité

HEMOGRAMME : Les Valeurs Usuelles sont exprimées en fonction du sexe et de l'âge du patient (mise à jour 2016)

(Sysmex XN1000)

Résultat contrôlé

Globules rouges	:	3,98	10 ⁶ /mm ³	(4,28 - 6)
Hémoglobine	:	12,30	g/dl	(13 - 18)
Hématocrite	:	35,90	%	(39 - 49)
VGM	:	90,20	μ ³	(78 - 98)
TCMH	:	31	pg	(26 - 34)
CCMH	:	34	g%	(31 - 36)
Globules blancs	:	5010	mm ³	(4000 - 11000)
Formule sanguine	:			
Neutrophiles	:	55,9	% 2800,59 /mm ³	(1400 - 7700)
Eosinophiles	:	2,4	% 120,24 /mm ³	(20 - 630)
Basophiles	:	0,4	% 20,04 /mm ³	(Inférieur à 110)
Lymphocytes	:	29,9	% 1497,99 /mm ³	(1000 - 4800)
Monocytes	:	11,4	% 571,14 /mm ³	(180 - 1000)
Plaquettes	:	123	10 ³ /mm ³	(150 - 400)

NB: Présence d'une thrombopénie .Absence d'agrégat plaquettaire.
résultat contrôlé sur un 2ème prélèvement.

A confronter au contexte clinique et thérapeutique.

ANALYSES DE BIOCHIMIE (SANG)

Valeurs Usuelles

Antériorité

CALCIUM	:	91,73	mg/l	(88 - 106)
	:	2,29	mmol/l	(2,2 - 2,65)

(Arsenazo III Beckman Coulter AU480)

BIOCHIMIE - HEMATOLOGIE - BACTERIOLOGIE - VIROLOGIE - IMMUNOLOGIE - PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE - FERTILITE

شارع أم الربيع - الالفة - (أمام مقر الخطوط الملكية المغربية) - إقامة أبواب أم الربيع - عمارة س - الدار البيضاء

Bd. Oum Rabiaâ - El Oulfa - (en face siège R.A.M) - Résidence Abouab Oum Rabiaâ, Imm. "C" - Casablanca

INPE : 097163968 - ICE : 001084109000068 - ت.م. - Patente : 35051078 - الفاكس : 05 22 93 10 61 - الفاكس : 05 22 93 10 61

E-mail : genelab2@gmail.com - Tél. : 0522 93 10 60 / 61 / 0522 90 59 37 / 0661 76 30 68 - الهاتف - Gsm Whatsapp : 0676 84 52 02 - Site web : www.Lbmgenelab.com