

**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.

**Prothésaire :**  
 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- 050142  
 ND: 39070

Maladie       Dentaire       Optique       Autres

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 01422      Société : .....

Actif       Pensionné(e)       Autre : .....

Nom & Prénom : BENAMARA MOHAMED

Date de naissance : 07-08-51

Adresse : .....

Tél. : 0661077491      Total des frais engagés : ..... Dhs

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25/08/2022

Nom et prénom du malade : Benomara Mohamed      Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même       Conjoint       Enfant

Nature de la maladie : Douleur thoracique

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 : 25/08/2022

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
25.08.20	G		gratuit	

**EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

**ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	25/08/20	BAM - JF	1512,40

**AUXILIAIRES MEDICAUX**

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

**RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES**

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

**Important :**

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
	<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>		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																		
<b>(Création, remont, adjonction)</b> 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																



Cardiologie  
Cardiologie Interventionnelle

أمراض القلب والشرايين  
قسطة أمراض القلب والشرايين

## Dr Hind EL FILALI ADIB

Cardiologue

Cardiologue Interventionnelle

Diplômée de la faculté de médecine de Bordeaux

Epreuve d'effort-Echographie cardiaque

Réadaptation cardiaque

## الدكتورة هند الفيلالي أديب

أخصائية في أمراض القلب والشرايين

أخصائية في قسطة أمراض القلب والشرايين

خريجة كلية الطب ببوردو

فحص القلب بالصدى - إختبار الجهد

إعادة التأهيل القلبي

Casablanca, le :

25/08/2020

Nom :

Me Benamala Med

### Examen sanguin

- NFS-Pq
- CRP
- TP-INR
- ASLO
- Glycémie à jeun
- HbA1C
- Urée - Créatinine
- Potassium
- Ionogramme sanguin
- Cholestérol total
- HDL-LDL
- Triglycérides
- TGO-TGP-GGT-PAL
- Acide urique
- TSHus
- T3-T4
- PSA
- Troponine Ic
- CPK-CK MB
- LDH
- D-Dimères
- BNP
- VS

### Examen des urines

- Microalbuminurie de 24 h
- ECBU
- Ionogramme urinaire

### Autres :

Femine

Dr. Hind EL FILALI ADIB  
Cardiologue  
Cardiologue interventionnelle  
120, Bd. My Idriss 1er, Résidence My Idriss  
2ème étage, N° 4 CASABLANCA  
Tél: 0522 86 20 74 - 0522 86 20 78  
ICE : 00125537000091

LABORATOIRE POLYBIO  
Dr. Amal TAOUAKALNA  
120, Bd. My Idriss 1er - Casablanca  
Tél : 05 22 86 01 90  
Tél /Fax : 05 22 86 07 84

120, Boulevard Moulay Idriss 1er. Résidence Moulay Idriss. 2ème étage. Casablanca.

Tél: 05 22 86 20 74 Fax: 05 22 86 20 76 Urgences: 06 36 13 68 01 E-mail: hindelfilali@hotmail.com

IF: 15178160 T.P: 36331592 ICE: 001625537000091 INPE: 091169466

# LABO. D'ANALYSES MEDICALES POLYBIO

TAOUAKALNA AMAL - Pharmacien Biologiste -

120 BD. MOULAY IDRÏSS 1ER CASABLANCA

QUARTIER DES HOPITAUX 1 ER ETAGE

Pat.: 36350070

TVA: 42023870

**Facture** 7638

CASABLANCA Le : 25/08/2020

Analyses effectuées le: 25/08/2020

Pour.....: **Mr. BENAMARA MOHAMED**

Sur prescription du :Dr HIND EL FILALI ADIB

Code.....: B4348



Organisme.....: **POLYBIO**

## Bilan:

NFS=B80 CRP=B100 FERRI=B250 LDH=B50  
GLY=B30 HBA1C=B100 TROP=B250 D.DIM=B250

**Total : B 1110**

**Montant Net : 1512.40 Dh**

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

**MILLE CINQ CENT DOUZE Dhs 40 Cts**

LABORATOIRE POLYBIO  
Dr. Amal TAOUAKALNA  
120, Bd. My. Idriou 1er - Casablanca  
Tel. : 05 22 25 01 90  
Tél/Fax : 05 22 25 07 84

élévement du : 25/08/2020  
référence : 50825631

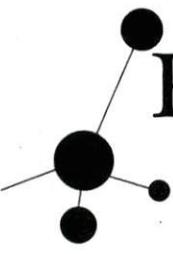


Patient : **Mr. BENAMARA MOHAMED**  
Médecin: **Dr. HIND EL FILALI ADIB**  
POLYBIO

### HEMATOLOGIE

Analyses	Résultats		Normes	Antécédents
<b>NUMERATION GLOBULAIRE</b>				
Globules rouges.....:	<b>5.22</b>	M/mm3	(4,5 - 6.5)	5.17 (03/09/14)
Hemoglobine.....:	<b>15.6</b>	g/100 ml	(13 - 18)	15.3 (03/09/14)
Hematocrite.....:	<b>46.3</b>	%	(40 - 54)	47.1 (03/09/14)
V.G.M.....:	<b>89</b>	µ3	(76 - 96)	91 (03/09/14)
T.C.M.H.....:	<b>30</b>	pg	(27 - 32)	30 (03/09/14)
C.C.M.H.....:	<b>33.7</b>	%	(32 - 36)	32.5 (03/09/14)
Plaquettes.....:	<b>248</b>	Mille/mm3	(150.000 - 450.000)	220 (03/09/14)
Globules blancs.....:	<b>7100</b>	/mm3	(4.000 - 10.000)	6600 (03/09/14)
<b>FORMULE LEUCOCYTAIRE</b>				
Polynucléaires Neutrophiles:	<b>72</b>	%	(50-75)	58 (03/09/14)
soit.....:	5112	/mm3	(2000-7500)	
Polynucléaires Eosinophiles:	<b>2</b>	%	(1-5)	1 (03/09/14)
soit.....:	142	/mm3	(100-400)	
Polynucléaires Basophiles...:	<b>0</b>	%	(0-1)	0 (03/09/14)
soit.....:	0	/mm3	(0-100)	
Lymphocytes.....:	<b>18</b>	%	(25-40)	34 (03/09/14)
soit.....:	1278	/mm3	(1500-4000)	
Monocytes.....:	<b>8</b>	%	(2-8)	7 (03/09/14)
soit.....:	568	/mm3	(200-800)	

LABORATOIRE POLYBIO  
Dr. Amal TAOUAKALNA  
120, Bd. My. Idriss 1<sup>er</sup> - Casablanca  
Tél. : 05 22 86 01 90  
Tél / Fax : 05 22 86 07 84



# Polybio

## LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES

## مختبر للتحاليل الطبية بوليبيو

Dr. Amal TAOUAKALNA. PHARMACIEN BIOLOGISTE. Diplômée de l'Université René Descartes PARIS V  
Diplôme d'Université Assurance de la Qualité en Biologie Médicale

ement du : 25/08/2020  
ence : 50825631



Patient : **Mr. BENAMARA MOHAMED**  
Médecin: **Dr. HIND EL FILALI ADIB**  
POLYBIO

### I M M U N O L O G I E

Analyses	Résultats	Normes	Antécédents
Protéine C Réactive .....	<b>3.5</b> mg/l	(< 5)	

### BIOCHIMIE

Analyses	Résultats	Normes	Antécédents
Glycémie..... Soit .....	<b>1.30</b> 7.22	g/l mmol/l	(0.70 - 1.10) 1.04 (03/09/14)
L.D.H .....	<b>222</b>	UI/l	(3.8-6.01) 5.77 (03/09/14)
Hémoglobine glycosylée... Technique par HPLC )	<b>6.4</b>	%	(< 248 ) 304 (03/09/14)
Férritine..... Technique (AIA 360 )	<b>151.3</b>	ng/ml	(4.0 à 6.0) 104.7 (07/02/14)
OPONINE Ic..... Technique (AIA 360 )	<b>0.06</b>	ng/ml	(25 - 380) ( < 0.06 )

### OSTASE

Analyses	Résultats	Normes	Antécédents
ALUMINUM..... Technique AIA 360)	<b>0.09</b>	µg/ml	< 0.5

LABORATOIRE POLYBIO  
Dr. Amal TAOUAKALNA  
120, Bd. My. Idriss - Casablanca  
Tél. : 05 22 86 01 90  
Tél / Fax : 05 27 86 07 84

120, شارع مولاي ادريس الأول - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22.86.07.84 / 05 22.86.01.90 - فاكس: 05 22.86.07.84 - س.ت 247908 البتاتنا 36350070 ص.و.ض.ج 2359976 ق.م. 24

120, bd Moulay Idriss 1<sup>er</sup>, Quartier des hôpitaux, Casablanca - Tél. : 05 22 86 01 90 / 05 22 86 07 84 - Fax : 05 22 86 07 84

RC : 247908 - PATENTE : 36350070 - CNSS : 2359976 - T.V.A. : 82.01.24 - IF : 42023870 - ICE : 001613460000056

E-mail : amaltaouakalna@gmail.com