

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 - 5ème 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- 050002

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12871 Société : RAR
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : HADER MEHDI
Date de naissance : 23/04/1987
Adresse : RESIDENCE CASABLANCA Im. 3 Apt 22 HAY NASSER /
CASABLANCA
Tél. : 0661937211 Total des frais engagés : 575.00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 25/05/2020
Nom et prénom du malade : BAZZA RAJAE 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 : CASABLANCA Le : 25/05/2020

Signature de l'adhérent(e) :

[illegible][illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	25/09/2020		B. 250 275.00

[illegible]

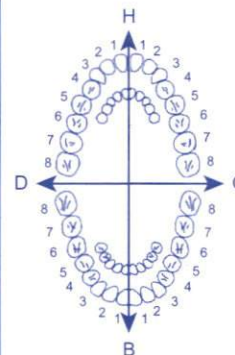
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PG	IM	IV	

[illegible]

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 canalaires, ainsi que le bilan de	

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
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION



O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
<p>The diagram shows a top-down view of upper and lower dental arches. Teeth are numbered 1 through 8 from the center (midline) outwards on each side. The upper arch is labeled 'H' at the front and 'B' at the back. The lower arch is also labeled 'H' at the front and 'B' at the back. Arrows point left ('D') and right ('G') from the midline.</p>	<div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 <hr/> D G 00000000 00000000 35533411 11433553 <hr/> B </div>		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	<input type="text"/>		DATE DU DEVIS <input type="text"/>
	<input type="text"/>		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
D		C
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Compte-rendu
complet



Mme Rajae BAZZA

Patient(e) né (e) le : 14-11-1988

Sexe : F

Prélevé(e) le : 25-09-2020 12:06

Dossier N° : 2009250008

Dr Anas CHENGUITI ANSARI

MARQUEURS DE REPRODUCTION, HORMONES ET CROISSANCE

GONADE-FERTILITE-GROSSESSE

Date des dernières règles

02-08-2020

Bêta-hCG (quantitatif sérique)

8 017.00 UI/L

23-09-2020

4 217.40

Valeurs de référence	
Concentrations pendant la grossesse :	
4-7 semaines de grossesse	612 - 187 000 UI/L
8-11 semaines de grossesse	700 - 315 000 UI/L
12-20 semaines de grossesse	5 400 - 169 000 UI/L
21-40 semaines de grossesse	3 440 - 69 700 UI/L
Femmes en bonne santé ménopausées	< 7 UI/L

Valeurs de référence	
Nouveau né	10-50 UI/L
Bébés < 3 mois	<50 UI/L
3 mois -18 ans (masculin)	< 1.4 UI/L
3 mois -18 ans (féminin)	< 1.0 UI/L
Adulte homme	< 1.4 UI/L

Références

Marqueurs de Reproduction, Hormones et Croissance:

1-WHO Criteria and Guidelines 2010

2-ESHRE Guidelines 2018

3-NICE Guidelines 2014

Références générales:

1-WHO Guidelines and Classifications 2016

2-Mayo Clinic Procedures and Documents 2018

3-ASM Procedures 2017

4-CLSI Standards 2018

5-EUCAST CASFM 2019



Pr. Ahmed E. Alaoui
Médecin Biologiste
INPE103062676

Dossier édité le : 14-10-2020 à 12:16





Rabat, le : 25 SEPT 2020

Docteur :

Dr BAZZA RAJAE

BHCG quau hhatif





مختبر بروفييسور العلوي

LABORATOIRE
PROFESSEUR ALAOU

FACTURE N° : 200900116

Rabat le 25-09-2020

Mme BAZZA Rajae

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
0150	BHCG quantitatif	B250	B

Total des B : 250

TOTAL DOSSIER : 275.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : deux cent soixante-quinze dirhams .

