

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.

Éducation :

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.

Prothèse :

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 ALP :

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° M20- 0005183

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8163 Société : R.A.M. (53 1.97)

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : AB delgham

Nom & Prénom : Cha kir

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° M20-05183

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 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.



Déclaration de Maladie

N° W19-410558

Complément

78163

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8163 Société : DAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Abdelhak

Nom & Prénom : CHADIT

Date de naissance : 05/04/1976

Adresse : CASABLANCA

Tél. : 0661976344 Total des frais engagés : 1840,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : CHADIT Abdelhak

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 : 28 / 12 / 2020

Signature de l'adhérent(e) :

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

[illegible]

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

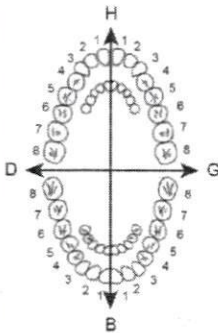
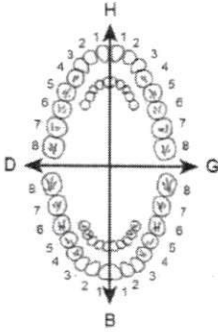
[illegible]

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 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 <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G </div> </div> <hr/> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				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



FACTURE N° : 200006210

Casablanca le 09-11-2020

Code INPE : 093061141



Mme Houda EL YATIME

Demande N° 2011090063

Date de l'examen : 09-11-2020

Analyses :

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
0163	Sérologie Syphilis TPHA	B75	B
	Sérologie Syphilis (VDRL)	B75	B
0216	TSH	B250	B
0216	Numération formule	B80	B
0317	Hépatite B / Ag HBS	B120	B
0324	Hépatite C / Dépistage	B300	B
	Sérologie Toxoplasmose IgG	B100	B
	Sérologie Rubéole IgG	B150	B

Total des B : 1150

TOTAL DOSSIER : 1540.00DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : mille cinq cent quarante dirhams

LABONIL
Dr BOUTAYEB KHAKH
Médecin Biologiste
438, Bd 6 Novembre et Bd Reda Guedira (Ex Nib, 1er étage (En face Hammam El Fenne) Ben M'Sick - Casablanca - Tel : 05 22 55 69 49/50 - Fax : 0808 32 28 98
TEL : 05 22 55 69 49/50

Dr. Ilham BENAÂBOUD

Gynécologue Obstétricien
Chirurgie Gynécologique - Accouchement
Stérilité du Couple (P.M.A)
Coeliochirurgie - Colposcopie
Maladies du Sein - Echographie
Ex Résidente au CHU Ibn Rochd

الدركتورة (إلهام) بنعبود

إختصاصية في أمراض النساء و التوليد
الجراحة النسائية - الولادة
عقم الزوجين - الجراحة بالمنظار
أمراض الثدي - الفحص بالصدى و المجهر
طبيبة مقيمة بمستشفى ابن رشد (سابقا)

Casablanca, Le 25.11.2020

Dr EL YATIME HOUDA

TSU v

NA + 68

Séologie typé TP HAA VOR
Duo

11

4

11

Rubel

11

Laboratoire LABONIL

Mme EL YATIME Houda
20-09-1977 F



2011090063

A coller sur l'ordonnance

ORDO

Dr. Ilham BENAÂBOUD
GYNECOLOGUE - OBSTETRICIENNE
Bd. Al Qods, Rés. Safaa Imm. 403, 1er Etage
15, Hay Chifa Ass Chok - Casablanca
Tel. 05 22 52 37 73 - ICE : 00191729000033

شارع القدس تجرقة السكن الأنيق إقامة الصفاء عمارة 403 - الدار البيضاء

Bd. Al Qods, Lot. Essakane El Anik, Rés. Safaa, Imm. 403 - Casablanca - Tél.: 05 22 52 37 73
Urgence : 06 61 36 00 69 - Email : benaaboudilham@hotmail.com - INPE : 091020537 - ICE : 00191729000033

Etablir une feuille de soins par personne et par événement.

La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, résultats des examens de radiologie et/ou de laboratoire).

Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.

Les prospectus et les PPM concernant les médicaments achetés doivent être joints aux ordonnances transmises.

La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à votre mutuelle dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il y a traitement médical continu. Dans ce dernier cas, le dossier doit être présenté dans les soixante (60) jours qui suivent la fin du traitement.

Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.

Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.

Toute personne coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues, est passible des sanctions légales et réglementaires.

L'obligation de remboursement prise par la CNOPS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل حدث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، نتائج فحوص الأشعة أو المختبر).

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراة وأتمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى التعاضدية التي تنتمون إليها في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ما عدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما) من تاريخ انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريف الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل و الأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية و كل ما سبق ذكره.

CNOPS

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : EL YATIME Houda

N° Affiliation : 343334

N° Immatriculation : 432824379

N° CIN : BH317481

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)*

Conjoint زوج Enfant ابن

Adresse : 56, Hay Nergondia 218910

Montant des frais (Dhs) : 1840.00

Nombre de pièces jointes : 03

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom : EL YATIME Houda

Date de naissance : 20.09.1977

N° CIN : BH317481

Sexe* : M ♂ نكر F ♀ أنثى

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP : 09102053A

Type de soins

Maladie* مرض Pli confidentiel remis* : Oui Non

Maternité* أمومة Date de grossesse :

Hospitalisation* استشفاء Date prévue d'accouchement :

Accident* حادث Date d'hospitalisation :

Date d'accident :

Causes :

أشهر بصحة كل ما ذكر أعلاه

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant.

Fait à : حرر بـ

le : 09/10/2020 في

توقيع المؤمن له (لها)

Signature de l'assuré (e)

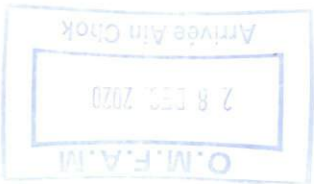
INP : Identification Nationale du Praticien

* Cocher la mention utile pour chaque case

La vente de cet imprimé est formellement interdite

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع و طابع التعاضدية



Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

تاريخ الإيداع :



نصائح طبية

داء المقوسات (Toxoplasmosis) هو مرض طفيلي ينتقل من الحيوان إلى الإنسان، إذا أصيبت به المرأة الحامل يمكن أن يؤدي إلى الإجهاض و تهديد حياة الجنين



كيفية الحد من خطر المرأة من الحصول على داء المقوسات أثناء الحمل :

غسل الأيدي بالماء والصابون بعد التعرض للخضراوات غير مغسولة، اللحوم النيئة، التربة أو الرمل

عدم تناول اللحوم غير المطبوخة جيدا

تجميد اللحوم لبضعة أيام قبل أن تطبخ. وهذا سوف يقلل كثيرا من فرص الإصابة

تنظيف كل السكاكين وألواح التقطيع بعناية بالماء الساخن والصابون بع استخدامها

غسل أو تقشير الخضار والفواكه قبل أكلها

عدم شرب المياه غير المعالجة، وخاصة عندما زيارة بلد آخر



Dr BOUTAYEB KHAIR HOUDA
Médecin Biologiste
438, Bd 6 Novembre C D Cas.
TEL : 05 22 55 49 50

SEROLOGIE DE HEPATITE C

Anticorps anti-HCV

(Technique ELISA "3ème génération")

Sérologie Négative

SEROLOGIE DE LA SYPHILIS

TPHA

(Hemagglutination RANDOX)

Négatif

V.D.R.L. Charbon

(Agglutination sur charbon sensibilisé)

Négatif

Conclusion

Sérologie syphilitique négative.

Demande validée biologiquement par : Dr HOUDA BOUTAYEB

LABONIL
Dr BOUTAYEB KHAIR HOUDA
Médecin Biologiste
438, Bd 6 Novembre C.D.C.
TEL : 05 22 55 60 70



SEROLOGIE INFECTIEUSE

SEROLOGIE DE LA TOXOPLASMOSE

Toxoplasmose IgG

(Technique Chimiluminescence – Beckman Coulter)

<7.5 UI/mL

Date du prélèvement antérieur

Interprétation:

(Négatif : < à 7.5 UI/mL – Douteux : Entre 7.5 et 10.5 UI/mL – Positif : > ou = à 10.5 UI/mL)

Conclusion:

Absence d'immunité; surveillance mensuelle jusqu'à l'accouchement. Mesures d'hygiène à respecter.

SEROLOGIE DE LA RUBEOLE IgG

Rubéole IgG

(Technique Chimiluminescence Beckman Coulter)

139.9 UI/mL

Interprétation:

(Négatif : < à 10 UI/mL – Douteux : Entre 10 et 15 UI/mL – Positif : > ou = à 15 UI/mL)

Conclusion:

Immunité probable: un prélèvement de contrôle dans 3 semaines est nécessaire.

SEROLOGIE DE HEPATITE B

Antigène HBs (Ultra-sensible)

(Technique Immuno-fluorescence ELFA – Biomérieux)

Sérologie Négative

LABONIL
Dr BOUTAYEB KHAIR
Médecin Biologiste
132, Bd 6 Novembre C D Casa
Tél : 05 22 55 69 49 / 50

HORMONOLOGIE

06-07-2020

TSH Ultra-sensible

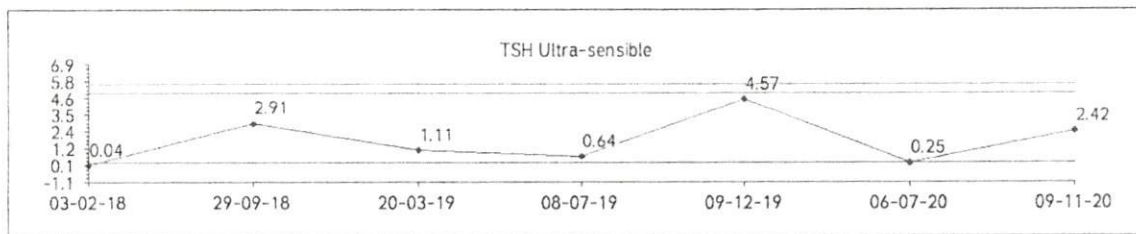
2.424 mUI/L

(0.250-5.600)

0.246

(Technique ECLIA - Roche Diagnostics Cobas)

- Hyperthyroïdie : TSH < à 0,15 mUI/L
- Hypothyroïdie : TSH > à 7,00 mUI/L
- Nouveau-né : TSH augmente à la 30 minute de vie (80 mUI/L) puis retour à la normale vers 2-5 jours.



Age	Valeur de référence
0 à 1 mois	0,70 à 18,10 mUI/L
1 à 12 mois	1,12 à 8,21 mUI/L
1 à 5 ans	0,80 à 6,25 mUI/L
6 à 10 ans	0,80 à 5,40 mUI/L
11 à 14 ans	0,70 à 4,61 mUI/L
15 à 18 ans	0,50 à 4,33 mUI/L
> à 19 ans	0,25 à 5,00 mUI/L
Femme enceinte 1 ^{er} T	0,05 à 3,70 mUI/L
2 ^{ème} T	0,31 à 4,35 mUI/L
3 ^{ème} T	0,41 à 5,18 mUI/L

LABONIL
Dr HOUTAYEB KHAIR HOUDA
Médecin Biologiste
30, rue 6 Novembre C D Casa
Tél : 05 22 55 69 49/50



Prélèvement du : 09-11-2020
Code Patient : 1802030020
Date de naissance : 20-09-1977 (43 ans)

Mme Houda EL YATIME

N° du dossier : 2011090063
Médecin : Dr BENAABOUD ILHAM

Résultats

Valeurs de référence

Antécédents

HEMATOCYTOLOGIE

HEMOGRAMME (SYSMEX XS 1000i)

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

09-12-2019

Hématies :	4.13	M/mm ³	(3.50-4.50)	4.07
Hémoglobine :	12.7	g/dL	(12.0-15.6)	12.9
Hématocrite :	37.5	%	(31.0-41.0)	37.5
VGM :	91	fL	(81-96)	92
TCMH :	31	pg	(27-34)	32
CCMH :	33.9	g/dL	(28.0-36.0)	34.4
Leucocytes :	6 200	/mm ³	(5 700-13 600)	5 700
Polynucléaires Neutrophiles :	60 %	Soit 3 720 /mm ³	(3 000-10 100)	3363
Lymphocytes :	32 %	Soit 1 984 /mm ³	(1 100-3 500)	1824
Monocytes :	6 %	Soit 372 /mm ³	(-1 100)	399
Polynucléaires Eosinophiles :	2 %	Soit 124 /mm ³	(0-600)	114
Polynucléaires Basophiles :	0 %	Soit 0 /mm ³	(0-150)	0
Plaquettes :	267 000	/mm ³	(120 000-450 000)	248 000

Commentaire :

Hémogramme normal.

LABONIL
Dr BOUTAYEB KHAIR HOUDA
Médecin Biologiste
438, Bd 6 Novembre C D Casa
Tél : 05 22 55 60 40 / 50