

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

aire :

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.

die 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

Nº M20- 0005183

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8163 Société : RHM (53 197)

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Chahid

AB de lgham

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 Nº 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.

Adresses Mails utiles

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

Déclaration de Maladie

Nº W19-410558

TP = 8163
COMPLement
Autres



Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8163

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661976341

Total des frais engagés : 1840,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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 : MARRAKESH

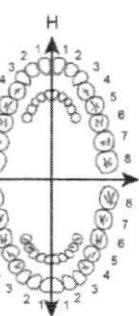
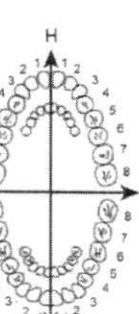
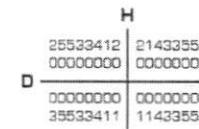
Signature de l'adhérent(e) :

Le : 28/12/2020

RELEVE 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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
.....						
.....						
.....						
.....						
.....						

RELEVE 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 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				
					
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
				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
0317	Numération formule	B80	B
0324	Hépatite B / Ag HBS	B120	B
	Hepatite 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 KHAK
 Médecin Biologiste
 438 Bd 6 Novembre Casablanca
 Tél : 05 22 55 69 49/50 - Fax : 0808 32 28 98
 E-mail : labonilcasa@gmail.com - Patente N° : 37976748 - C.N.S.S. N° : 4075968 - I.F. : 15256180 - I.C.E : 000116293000076

Dr. Ilham BENABOUD

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

الدكتورة (إلهام) بنعبود

اختصاصية في أمراض النساء والتوليد
الجراحة النسائية - الولادة
عمق الزوجين - الجراحة بالمنظار
أمراض الثدي - الفحص بالصدى والمجهر
طبيبة مقيمة بمستشفى ابن رشد (سابقا)

Casablanca, Le 05.11.2020

Mme YATIME Houda

- TSU v,

- NPI + 68

. سلوكية hyper THYROID VOM

11

Rubl

11

Dilham BENABOUD
GYNECOLOGUE - OBSTETRICIENNE
Bd Al Qods, Lot. Essakane El Anik, Rés. Safaa, Imm. 403, 1er Etage
403, Hay Chafia Aïn Chok - Casablanca
Tél. 05 22 52 37 73 - ICE : 001917290000033

Laboratoire LABONIC
Mme EL YATIME Houda
20-09-1977 F



OBDO

2011090063
A coller sur l'ordonnance

شارع القدس تجربة سكن الأنثى 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 : 001917290000033

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 وكل حدث.

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

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

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراء وأثمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعاقدية التي تنتهي 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 يوماً) من تاريخ انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

الإخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

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

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي رهن باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع و طابع التعاقدية



Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

تاريخ الإيداع :

صونوج
CNOPS

N° Bordereau :

N° Dossier :

خاص بالمؤمن له (لها)

Réf ANAM 1.1.01.01

مع رقم

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : EL YAHIA MOURAD

343334

N° Affiliation :

432824379

N° Immatriculation :

BH317481

N° CIN :

دقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له *

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

Conjoint زوج Enfant ابن ابنة

Adresse : 56, Avenue Deira 218210
CINEMA

Montant des frais (Dhs) : 15610,00

Nombre de pièces jointes : 03

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom : EL YAHIA MOURAD

Date de naissance : 20.09.1977

N° CIN :

Sexe* : M ذكر F أنثى

Identification du médecin traitant

N° INP

Type de soins

Maladie * مرض * Pli confidentiel remis* : Oui Non : تاريخ الحمل :

Maternité * أمومة * Date de grossesse :

Hospitalisation* استشفاء * Date prévue d'accouchement :

Accident * حادث * Date d'hospitalisation :

Causes : Date d'accident :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant.

Fait à : le : توقيع المؤمن له (لها)

Fait à : le : توقيع الطبيب المكلف أو المفوضة الكلية

Cachet et signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

- INP : Identification Nationale du Praticien

* Cocher la mention utile pour chaque case

La réception de cet instrument est formellement interdite

نقطة مراقبة هذا المطرarme

أشطب الخانة

Tel: 05.22.52.51.11

CIM-10

برد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

نوع التجهيز أو مكون الصيدلي	الثمن المفوتر	توقيع وطابع الصيدلي أو مومن التجهيزات الطبية
Date d'exécution	Prix facturé	Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseur des dispositifs médicaux

Actes Paramédicaux

عمليات المساعدین الطبیین

Dr Houda BOUTAYEB KHAIR

Médecin Biologiste

Diplômée de la Faculté de Médecine de Casablanca

Biochimie | Microbiologie | Hormonologie | Bactériologie | Virologie | Parasitologie | Spéciologie | Hématologie | Immunologie



الدكتورة هدى بوطيب خير

طبيبة اختصاصية في التحاليل الطبية

خريجة كلية الطب الدار البيضاء

نصائح طبية

داء المقوسات (Toxoplasmosis) هو مرض طفيلي ينتقل من الحيوان إلى الإنسان، إذا أصيبت به المرأة الحامل يمكن أن يؤدي إلى الاجهاض 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 المطبخة جيدا

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

تنظيف كل السكاكين وألواح التقطيع بعناية بالماء الساخن والصابون مع استخدامها

غسل أو تقطير الخضار والفواكه قبل أكلها

عدم شرب المياه غير المعالجة، وخاصة عندما زيارة بلد آخر



Dr BOUTAYEB KHAIR HCU 98
Médecin Biologiste
438, Bd 6 Novembre Casablanca
Tél : 05 22 55 49 149

Laboratoire d'Analyses
Médicales LABONIL

Dr Houda BOUTAYEB KHAIR
Médecin Biologiste
Diplômée de la Faculté de Médecine de Casablanca



Biochimie | Médecine | Endocrinologie | Bactériologie | Virologie | Gynécologie | Parasitologie | Spermologie | Hématologie | Immunologie

Mme EL YATIME Houda

Référence : 2011090063

Prélèvement du: 09-11-2020

Page 4/4

مختبر النيل
للتحاليل الطبية

الدكتورة هدى بوطيب خير
طبيبة اختصاصية في التحاليل الطبية
خريجة كلية الطب الدار البيضاء

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 HOU
Médecin biologiste
438, Bd 6 Novembre 2011
TRI : 05 22 56 0 704

HORMONOLOGIE

06-07-2020

TSH Ultra-sensible

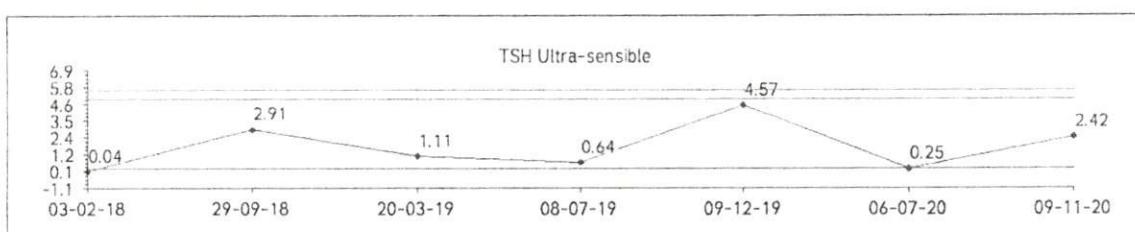
(Technique ECLIA – Roche Diagnostics Cobas)

2.424 mUI/L

(0.250–5.600)

0.246

- Hyperthyroïdie : TSH < à 0,15 mU/L
- Hypothyroïdie : TSH > à 7,00 mU/L
- Nouveau-né : TSH augmente à la 30 minute de vie (80 mU/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 BOUTAYEB KHAIR HOUDA
Médecin Biogiste
36000 Casablanca
Télé: 0522 22 22 750



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 BENAAHOUD 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/mm3	(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	/mm3	(5 700-13 600)	5 700
Polynucléaires Neutrophiles :	60 %	Soit	3 720 /mm3	(3 000-10 100)
Lymphocytes :	32 %	Soit	1 984 /mm3	(1 100-3 500)
Monocytes :	6 %	Soit	372 /mm3	(-1 100)
Polynucléaires Eosinophiles :	2 %	Soit	124 /mm3	(0-600)
Polynucléaires Basophiles :	0 %	Soit	0 /mm3	(0-150)
Plaquettes :	267 000	/mm3	(120 000-450 000)	248 000

Commentaire : Hémogramme normal.

LABONIL
Dr BOUTAYEB KHAIR HOUDA
Médecin Biogiste
A38, Bd 6 Novembre CD Casablanca
Tél : 05 22 55 69 10 / 50