

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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

M22- N° 003384

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4146 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : FAIKI LATIFA  
Date de naissance : 01/06/1959  
Adresse : B. 15 Aeroport Benslimane  
Tél. : 0668 487546 Total des frais engagés : 77,51 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 :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

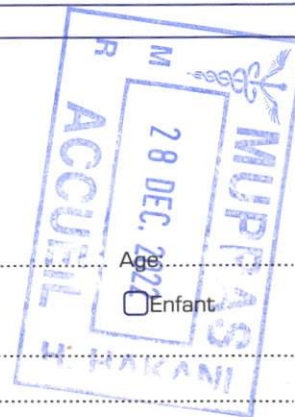
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019





# 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

# 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 |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
|   | 17/11/92 | B60                          | 77,51                  |
|   |          |                              |                        |
|   |          |                              |                        |
|   |          |                              |                        |
|   |          |                              |                        |
|   |          |                              |                        |
|   |          |                              |                        |
|   |          |                              |                        |
|   |          |                              |                        |

# AUXILIAIRES MEDICAUX

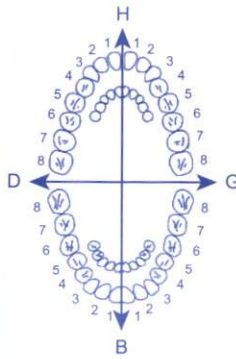
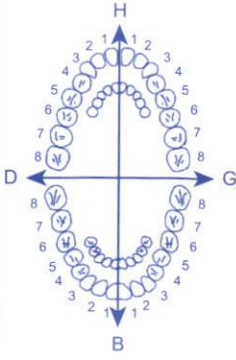
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
|                                  |                | A M    | P C | I M | I V |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |

# 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 l'ODF.

| 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"/>    |
|  |   |                  |             |  |   |
|  |   |                  |             |  |   |
|  |   |                  |             |  |   |
| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES   | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE<br><div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;">             H<br/>             25533412<br/>             00000000<br/>             D           </div> <div style="text-align: center;">             21433552<br/>             00000000<br/>             G<br/>             00000000<br/>             35533411<br/>             B           </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction)<br/>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |   |
|  | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;">             H<br/>             25533412<br/>             00000000<br/>             D           </div> <div style="text-align: center;">             21433552<br/>             00000000<br/>             G<br/>             00000000<br/>             11433553<br/>             B           </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction)<br/>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>  |                  |             | 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



**RADIOLOGIE ANOUAL**

Oncologie & Diagnostic du Maroc

Radiologie Numérisée | Echo Doppler  
Echographie Obstétricale 3D-4D | Mammographie Numérisée  
Sénologie interventionnelle | Scanner multibarrettes  
Ponctions guidées (Scanner, Echo) | Ostéodensitométrie  
IRM Haut Champ 1.5T

Dr Chakib BENNANI-SMIREs | Dr Hassan ZEGHARI | Dr Mohamed HAMDOUCH  
Dr Abdelaziz ZOUAOU | Dr Fatiha DADI-BENMOUSSA | Dr Nazha LAHLOU

Le 17.11.22

M<sup>re</sup> FAKES Fatima

1) Une é

2) création

Laboratoire Général  
M. Oum Rabiaa  
M. BENAZZOUI  
Rég. Abouab. Oum Rabiaa El Oulfa - Casa  
Tél : 05 22 93 10 60 / Fax : 05 22 93 10 6  
Patente : 35051078 / N° de  
ICE : 001084109 / N° de  
IF : 51485600



www.anoual.ma | E-mail : anouaitel@menara.ma

111, Boulevard Anoual | Casablanca | Accueil Général : +212 522 86 09 99  
Sénologie (Imagerie du Sein, Echographies, Densitométrie) : +212 522 86 09 89  
IRM | Scanner : +212 522 86 09 79 | Secrétariat Administratif : +212 522 86 28 00 | Fax : +212 522 86 08 93

**LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES GENELAB "Oum Rabiaâ"****Docteur Mohamed BENAZZOZ****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 07/12/2022****Facture N° 171122-083 du 17/11/2022****MUPRAS****Dr :** Cachet Non Lisible ou Absent

N°Bon de soin

Mle

**Patient Mme FAIKI Latifa**

| Analyses         | Valeur en B | Montant      |
|------------------|-------------|--------------|
| UREE             | 30          | 33,00        |
| CREATININE FEMME | 30          | 33,00        |
| <b>Total B</b>   | <b>60</b>   | <b>66,00</b> |
| <b>APB</b>       | <b>1,0</b>  | <b>11,51</b> |
| <b>Total</b>     |             | <b>77,51</b> |

*Arrêtée la présente facture à la somme de :***Soixante-dix-sept dirhams 51 centimes\*\*\***

Labo: Dr Mohamed Benazzouz  
Rce Abouab Oum Rabiaâ  
Tél: 05 22 93 10 60  
ICE: 001084109000068  
Patente: 35051078  
INPE: 097163968  
IF: 51485800





N°: MCI/CAAA 04/2019  
NM ISO 15 189

# مختبر التحليلات الطبية جينلاب "أم الربيع" Laboratoire de biologie médicale Génelab

"Oum Rabiaa"

Dr. Mohamed BENAZZOUZ  
Pharmacien Biologiste

الدكتور بنعزوز محمد  
صيدلي إحيائي



Laboratoire certifié par  
IMANOR  
CERTIFICATION  
N° 2017 CSMQ.04 : 01  
NM ISO 9001 : 2015

## Compte rendu d'analyses

Demandé par Dr : Cachet Non Lisible ou Absent  
ou Nom du prescripteur non précisé

Tél :  
Casablanca  
Edité le : 17/11/2022



Mme FAIKI Latifa

Date naissance: 01/04/1959

Code Patient : 21-06155

INPEGENELAB : 093001394

INPE Bio : 097163968

IF : 51485800

Réf : 171122-083



Dossier créé le : 17/11/2022

Patient prélevé le : 17/11/2022

Heure création: 12:39:

Heure Plvt : 13:06:

Page : 1 / 1

## ANALYSES DE BIOCHIMIE (SANG)

|  |   |              | Valeurs Usuelles | Antériorité     |
|--|---|--------------|------------------|-----------------|
| UREE   | : | 0,25 g/l     | ( 0,17 - 0,43 )  | 0,27 (05/11/22) |
| (Beckman Coulter AU 480 / Paramètre Accrédité (depuis 24/01/2022) )  |   | 4,17 mmol/l  | ( 2,83 - 7,16 )  | 0,24 (19/05/22) |
| CREATININE FEMME   |   |              |                  | ---             |
| CREATININE   | : | 7,12 mg/l    | ( 5,1 - 9,5 )    | 6,14 (05/11/22) |
| (Beckman Coulter AU 480 / Paramètre Accrédité (depuis 24/01/2022) )  |   | 63,29 µmol/l | ( 45 - 84 )      | 6,53 (19/05/22) |
|  |   |              |                  | 5,57 (27/10/21) |
| CLAIRANCE APPROCHEE DE LA CREAT FEMME OU FILLETTE  |   |              |                  |                 |
| AGE DU PATIENT ( NB. D'ANNEES )  | : | 63,00 Ans    |                  |                 |
| Clairance créat selon MDRD femme   | : | 83,78 ml/min | ( 80 - 120 )     |                 |
| MDRD = Modification of Diet in Renal Disease   |   |              |                  |                 |
| Chez l'homme = $186 \times (\text{créatinine } (\mu\text{mol/l}) \times 0,0113)^{-1,154} \times \text{âge}^{-0,203}$ |   |              |                  |                 |
| x 1,21 pour les sujets d'origine africaine   |   |              |                  |                 |
| x 0,742 pour les femmes  |   |              |                  |                 |

Nous vous remercions de votre confiance et vous souhaitons un bon rétablissement

A:/P:S  
V:B/L:

Biologiste assistant

Dr Y.Bellamine

LABORATOIRE GÉNELAB  
Oum Rabiaa  
Dr. BENAZZOUZ  
Rés. Abouab Oum Rabiaa EL Oulfa - CASA  
Tél : 05 22 93 10 61 - Fax : 05 22 93 10 61  
P.T : 35051078 - I.C.E : 001084109000068

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

شارع أم الربيع - الألفه - (أمام مقر الخطوط الملكية المغربية) - إقامة أبوأب أم الربيع - عمارة "س" - العرايجيسا

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

INPE : 097163968 - ICE : 001084109000068 - Patente : 35051078 - الهاتف : 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 : 05 22 93 10 61 - الفاكس : 05 22 93 10 61 - Site web : www.Lbmgenelab.com