

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| O Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| O 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'I<sup>l</sup>  
Casablanca 20000, - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **8529** Société : **ANACHAR ALLAL** Date de naissance : **16/04/09**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

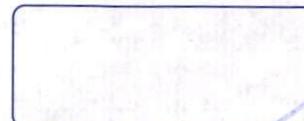
Nom & Prénom : **ANACHAR ALLAL**

Adresse :

Tél. : **0661659214** 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 :

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) :

## VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie **M23-0010306**

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 : .....

## 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

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficent	COEFFICIENT DES TRAVAUX	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
	H	25533412 00000000	21433552 00000000	MONTANTS DES SOINS	
	D	00000000	00000000		
	B	35533411	11433553		
[Création, remont, adjonction]	DATE DU DEVIS				
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	DATE DE L'EXECUTION				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION					

# 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.

par courrier

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input checked="" type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 862918529			
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	Société : Letrancie
Nom & Prénom : ANA CHAAR ALLAL			
Date de naissance : 11/11/1959			
Adresse : VILAG AV des FAR cite Meteo INZEYANE			
Tél. : 0664658241	Total des frais engagés : 2900 Dhs		

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> 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) :



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
16/05/23	C <sub>2</sub>		2500H	INP : 041191057

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p><b>Pharmacie BEN ABBASI</b></p> <p>Nistrine Al ABBASI Docteur en Pharmacie 60, Bloc 1 Route Principale Inzegane Bensergao 05 79 79</p>	16.05.2023	106,00

ANALYSES - RADIOPHYSIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
ANALYSES Méd. Laboratoire J.	05/04/22	B-4901	896.00
		INPE 012001220	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		<b>Dents Traitées</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Nature des Soins</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Coefficient</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>												
		INP : <input type="checkbox"/>														
		COEFFICIENT DES TRAVAUX														
		MONTANTS DES SOINS														
		DEBUT D'EXECUTION														
		FIN D'EXECUTION														
<b>ODF PROTHÈSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	11433553	B	35533411	
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
G	00000000	11433553														
B	35533411															
		COEFFICIENT DES TRAVAUX														
		MONTANTS DES SOINS														
		DATE DU DEVIS														
		DATE DE L'EXECUTION														
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																



ASKARDIL®  
PPU 22DH40  
EXP 12/2024  
LOT 26014 5

Mme ANACHAR ALLAL

Dr. M. MOUNIRI  
Diabétologie - Nutrition  
Endocrinologie - Nutrition  
Diplôme d'Échographie Médicale  
Tél. : 05 28 84 84 97 - Agadir  
Av. Hassan II Immeuble Oumilil 1er Etage Appart 6 - AGADIR

\* Insulet Mix 30  
26 UI 8H  
16 UI 20H

2p, 50x2  
\* Glucophage 500  
1cp midi

199.00x3  
\* Chandrosan  
1gel /

180.30 x2  
\* Tareg 160  
1/2 soir

22, 40x3  
\* Askardil 75  
1cp midi après repas

SV SV SV SV  
Pharmacie BENSERGAO  
Nisrine EL ABBASI  
Docteur en pharmacie  
30, Bloc 1 Route Principale  
Tizgane Bensergao  
Tel : 05 28 28 1377

RDV Le :

Dr. M. MOUNIRI  
Diabétologie - Nutrition  
Endocrinologie - Nutrition  
Diplôme d'Échographie Médicale  
Tél. : 05 28 84 84 97 - Agadir  
Av. Hassan II Immeuble Oumilil 1er Etage Appart 6 - AGADIR

الطابق الأول شقة رقم 6 عمارة أمليل شارع الحسن الثاني - أكادير  
1er étage Appartement N° 6 Immeuble Oumilil Avenue Hassan II - Agadir  
05 28 84 84 97 - mmouniri@gmail.com

# الدكتور محمد بيكا

Docteur Mohamed BIGA

إختصاصي

Spécialiste

Diabète sucré - Cholestérol  
Goutte - Obésité  
Stérilité - Retard de Croissance  
Goitre

مرض السكر - الكولسترول - السمنة  
العقم - قصر القامة  
أمراض الغدد (غدة الدرقية - النخامية)

Agadir, le : 6/6/2023

Anaelia Allal

- NFS  
 CRP  
 VS  
 Fer sérique  
 CTF  
 Ferritine  
 Transferrine  
 Glycémie à jeun  
 Glycémie à 10h  
 Glycémie à 16h  
 HbA1c  
 Na+     K+     Cl -  
 HCO3--     Ca++     Mg++  
 Urée  
 Créatinémie  
 Uricémie  
 Cholestérol Total  
 HDL Cholestérol  
 LDL Cholestérol  
 Triglycérides  
 Phosphoremie  
 AC Anti-Transglutaminases  
= IgG - IGA

- Transaminases ASAT, ALAT  
 Bilirubine libre et conjuguée  
 Phosphatases acides  
 Phosphatases alcalines  
 Amylasémie  
 LDH                     CPK  
 G-GT                     BNP  
 Electrophorèse des protéines  
 TROPONINE  
 Protéinurie des 24 h  
 Micro albuminurie / 24 h  
 ECBU  
 Prélèvement Vaginal  
 + Antibiogramme  
 FSH                     LH  
 oestradiol  
 Progestérone  
 Prolactine  
 Testostérone  
 ABO + Rhésus

- RAI  
 VDRL                     TPHA  
 Sérologie toxoplasmose  
 Sérologie Rubéole  
  $\beta$ -HCG Plasmatique  
 Hépatite B  
 Antigène Hbs  
 Anticorps Anti-Hbs  
 Anticorps Anti-Hbc  
 Anticorps Anti-Hbe  
 Hépatite C  
 Anticorps Anti-HVC  
 TSH - us                     AC Anti TPO  
 T3 L  
 T4 L  
 Cortisolemie 8h  
 Cortisolemie 1h après synacthène  
 C.L.U  
 1,25 DH D3  
 Spermogramme  
 PSA  
 IGF1  
 Calcitonine

# مختبر جمال للتحاليل الطبية

## Laboratoire Jamal d'Analyses Médicales

- Docteur en Pharmacie
- D.E.S de Biologie Médicale
- D.E.A. de Microbiologie - Enzymologie - Nutrition
- Doctorat d'Université mention Biologie-Santé
- DIU de Biologie de la reproduction
- DU Assurance Qualité En Biologie Médicale
- Auditeur IRCA en SMQ ISO 9001
- DU Audit Qualité En Biologie Médicale
- Chargé de cours UMVI
- Evaluateur Technique COFRAC ISO 15189

صيدلي إحيائي

- دبلوم الدراسات المعمقة في علم الميكروبولوجيا وعلم التقديرة
- دكتور في علم الصحة والبيولوجيا
- دبلوم المساعدة الطبية للإنجاب
- دبلوم الجودة في التحاليل الطبية
- مفتاح «ايركا» لنظام إدارة الجودة إيزو 9001
- دبلوم مفتش الجودة في التحاليل الطبية
- محاضر في جامعة محمد السادس
- مفتاح الجودة «كوفراك» إيزو 15189

الدكتور جمال القيسيوني Dr. Jamal ELKAISSOUNI

Prescripteur : Dr BIGA Mohamed  
Ville : AGADIR



Dossier n°: 2304082057 Enregistré le : 08/04/2023 à 12:55, Edité le : 10-04-2023 à 11:33

Mr ANACHAR Allal  
DDN : 01/01/1959  
Ville : SSALAM

-----Compte Rendu d'Analyses-----

### HEMATOLOGIE

#### NUMERATION GLOBULAIRE (Sysmex 4000i)

Hématies :	5.25	millions/ml	(4.20–6.00)
Hémoglobine :	14.7	g/100ml	(13.0–18.0)
Hématocrite :	44.0	%	(40.0–52.0)
VGM :	83.8	$\mu$ 3	(80.0–98.0)
TCMH :	28.0	pg	(26.0–34.0)
CCMH :	33.4	%	(30.0–36.0)

#### NUMERATION ET FORMULE LEUCOCYTAIRE

LEUCOCYTES :		4 980	/mm <sup>3</sup>	(4 000–10 000)
PNN :	51 %	soit	/mm <sup>3</sup>	(2 000–7 500)
P.Eosinophiles :	9 %	soit	/mm <sup>3</sup>	(<500)
P.Basophiles :	1 %	soit	/mm <sup>3</sup>	(0–100)
Lymphocytes :	33 %	soit	/mm <sup>3</sup>	(1 500–4 000)
Monocytes :	6 %	soit	/mm <sup>3</sup>	(100–800)

#### NUMERATION PLAQUETTAIRE

Plaquettes :	230 000	/mm <sup>3</sup>	(150 000–400 000)
--------------	---------	------------------	-------------------

### BIOCHIMIE SANGUINE GÉNÉRALE ET SPÉCIALISÉE Echantillon sérique

09/12/2022

Glycémie à jeun # (Hexokinase G6PD-H)	1.25 6.9	g/L mmol/L	(0.70–1.10) (3.9–6.1)	1.52
Créatinine (Méthode de jaffé cinétique)	7.9 60.3	mg/L $\mu$ mol/L	(4.0–13.0) (30.5–99.2)	9.2

Page : 1 / 2

*Clairance de la créatinine*

DFG calculé selon la formule MDRD :

- Insuffisance rénale modérée : 30 – 60 mL/min
- Insuffisance rénale sévère : 15 – 30 mL/min
- Insuffisance rénale terminale : < 15 mL/min

121 mL/min

**Acide Urique**

(Dosage enzymatique)

48 mg/l (35–72)

09/12/2022

**HbA1c**

(G8Tosoh)

## INTERPRETATION:

&lt;6 non diabétique

6,5–8 bon contrôle

&gt;8 mauvais contrôle

6.3 %

7.7

**BILAN ENDOCRINIER** Echantillon sérique**TSH**

(Dosage CMIA)

2.87 mUI/L (0.47–5.01)

**Ac anti-Thyroperoxydase**

(Dosage CMIA)

10 UI/mL (&lt;34)

**BIOCHIMIE URINAIRE**

## Volume des 24h

1 300 ml/24h

## Diurèse

0.90 ml/min

## Microalbuminurie

7 mg/l (&lt;15)

(Immunoturbidimétrie)

## Microalbuminurie des 24h

9 mg/24h (&lt;30)

(Immunoturbidimétrie)

Dossier validé par : jamal EL KAISSOUNI

Laboratoire JAMAL  
d'Analyses Médicales  
Dr. EL KAISSOUNI Jamal  
35, Av. des FAR Chalala Inezgane  
tél / fax : 05 28 33 39 23

**LABORATOIRE JAMAL D'ANALYSES MEDICALES**  
1 AV DES FAR, LES CHALETS, 86350 INEZGANE. Tél/Fax : 05.28.33.39.75  
PAT 49300046 INP 043001239 IF 76936360×ICE 1626255000008

Assuré

Bénéficiaire : Mr ANACHAR Allal

Prescripteur : DR MOHAMED BIGA

FACTURE N° 2304082057

Facturé le : 08/04/2023

**Récapitulatif des analyses**

CN	Analyse	Val	Clefs
PSA	Prélèvement sang adulte	E25	E
0100	Acide urique	B30	B
0111	Créatinine	B30	B
0118	Glycémie	B30	B
0119	Hémoglobine glycosylée	B100	B
0163	TSH	B250	B
0216	Numération formule	B80	B
0348	AntiThyroidiens : Microsomaux 150 201	B150	B
0484	Microalbumine de 24H par immunonephélemétrie	B120	B

Total	790	<b>TOTAL DOSSIER :</b>	<b>894 Dhs</b>
B :			

Arrêtée la présente facture à la somme de : huit cent quatre-vingt-quatorze dirhams

DOSSIER N° 2304082057  
LABORATOIRE JAMAL  
ANALYSES MEDICALES  
ASSOUI JAMAL

D

Mouniri Mahassine

Je suis Endocrinologue  
et nutritionnel  
phie



د. منيري محسان

أمراض السكري - أمراض الغدد  
التنفسية  
الشخص بالصدى

Le : 16/05/2023

## NOTE D'HONORAIRE

Je soussigné certifie avoir reçu de : Mr

Anachas ALLAL

La somme de : 2500Dhs.

Pour :  Consultation

Echographie

Séance nutrition

Soin pied

Education thérapeutique

Autre

Dr. M. MOUNIRI  
Diabetologie - Endocrinologie - Nutrition  
Echographie et Echotomographie  
Téléphone : 05 28 84 84 97 - Email : Oumil 1er Etage App. 6 AGADIR

Signature:

الطابق الاول شقة رقم 6 عمارة املييل شارع الحسن الثاني - اكادير  
1er étage Appartement N° 6 Immeuble Oumil Avenue Hassan II - Agadir  
05 28 84 84 97 - mmouniri@gmail.com