

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

- 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'I
Casablanca 20000. - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie
M23-010306

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8529 Société : 162409
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ANACHAR ALLAL
Date de naissance :
Adresse :
Tél. : 06616 59211 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 ADHERENT

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 :

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

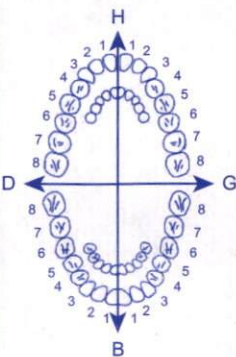
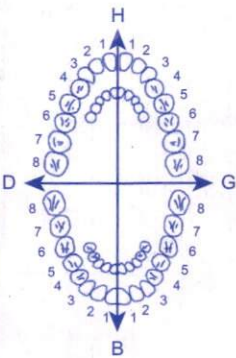
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div style="text-align: center;"> H 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			CCEFFICIENT 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

VOLET ADHERENT

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

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.



Déclaration de Maladie

N° W21-622620

pen courir

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input checked="" type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 8829/8529		Société : Retraite	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : ANACHAR ALLAL			
Date de naissance : 11/11/1959			
Adresse : VILLAGE AU DES FAR cite Meteo INEZEGANE			
Tél. : 0666592111		Total des frais engagés : 2900 Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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) :

[Signature]

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'Horloge
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

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
16/05/23	C2		2500h	INP : 041191057

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

16.05.2023

1066,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

08/04/22

B490

894,07

INP: 012001220

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

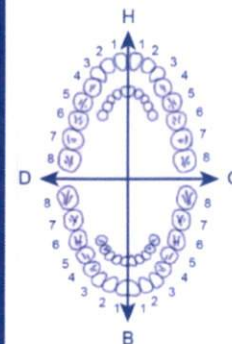
SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient

INP :



COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

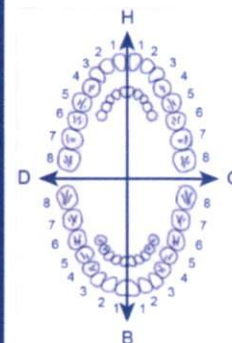
FIN
D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



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

Dr. Mouniri
164
mg 30
comprimés
dispensés
OT
CD064, 0425
PER
199-00
3 700221 322994

20,80 x 2 gel

6118001030309
TAREG 160 mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 180.30 DH
x2 gel

ASKARDIL®
PPU 22DH40
EXP 12/2024
LOT 26014 5
x2 gel

Mme ANACHAR ALLAL

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

* Glucophage 500
1cp midi

* Chandrosan
1gel /j

* Tareg 160
1/2 soir

* Askardil 75
1cp midi après repas

Dr. M. MOUNIRI
Diabétologue - Nutrition
Endocrinologue - Echographie
Diplôme d'Echographie
Tél : 05 28 84 84 97
Av. Hassan II Imme. Oumlil 1er Etage App. 6 - AGADIR

SV
SV
SV

03 204
mois

Pharmacie BENSERGAO
Nisrine EL ABBASI
Docteur en Pharmacie
50, Bloc 1 Route Principale
Inzeqane Bensergao
Tél : 05 28 28 13 77

Dr. M. MOUNIRI
Signature :
Diabétologue - Nutrition
Endocrinologue - Echographie
Diplôme d'Echographie
Tél : 05 28 84 84 97
Av. Hassan II Imme. Oumlil 1er Etage App. 6 - AGADIR

RDV Le :

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

الدكتور محمد بيگا

Docteur Mohamed BIGA

Spécialiste

Diabète sucré - Cholestérol

Goutte - Obésité

Stérilité - Retard de Croissance

Goitre

إختصاصي

مرض السكر - الكولسترول - السمنة

العقم - قصر القامة

أمراض الغدد (غدة الدرقية - النخامية)

Agadir, le : 6/10/2023

Anachan Abdel

☒ 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

☐ + Antiblogramme

☐ FSH

☐ LH

☐ oestradiol

☐ Progestérone

☐ Prolactine

☐ Testostérone

☐ ABO + Rhésus

☐ RAI

☐ VDRL

☐ TPHA

☐ Sérologie toxoplasmose

☐ Sérologie Rubéole

☐ β -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

☐ T3L

☐ T4L

☐ Cortisolemie 8h

☐ Cortisolemie 1h après synacthène

☐ C.L.U

☐ 1,25 DH D3

☐ Spermogramme

☐ PSA

☐ IGF1

☐ Calcitonine

1. عمارة ثرمان - شارع 29 فبراير - تالبورجت - أكادير الهاتف : 05.28.84.41.23

Imm.Guermane1 - Rue 29 Février - Talborjt - Agadir - Tél. : 05 28 84 41 23

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 Auditeur Qualité En Biologie Médicale
- Chargé de cours UMVI
- Evalueur Technique COFRAC ISO 15189

- صيدلي إحيائي
- دبلوم الدراسات المعمقة في علم
- الميكروبيولوجية وعلم التغذية
- دكتور في علم الصحة والبيولوجية
- دبلوم المساعدة الطبية للإنجاب
- دبلوم الجودة في التحاليل الطبية
- مفتش «ايركا» لنظام إدارة الجودة إيزو 9001
- دبلوم مفتش الجودة في التحاليل الطبية
- محاضر في جامعة محمد السادس
- مفتش الجودة «كوفراك» إيزو 15189

Dr. Jamal ELKAISSOUNI الدكتور جمال القيسوني

Prescripteur : Dr BIGA Mohamed
Ville : AGADIR



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

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

-----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	μ3	(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 ³	(4 000-10 000)
PNN :	51 % soit 2 540	/mm ³	(2 000-7 500)
P.Eosinophiles :	9 % soit 448	/mm ³	(<500)
P.Basophiles :	1 % soit 50	/mm ³	(0-100)
Lymphocytes :	33 % soit 1 643	/mm ³	(1 500-4 000)
Monocytes :	6 % soit 299	/mm ³	(100-800)

NUMERATION PLAQUETTAIRE

Plaquettes :	230 000	/mm ³	(150 000-400 000)
--------------	---------	------------------	-------------------

BIOCHIMIE SANGUINE GÉNÉRALE ET SPÉCIALISÉE Echantillon sérique

Glycémie à jeun #
(Hexokinase G6PD-H)

1.25 g/L (0.70-1.10)
6.9 mmol/L (3.9-6.1)

09/12/2022

1.52

25/05/2021

Créatinine
(Méthode de jaffé cinétique)

7.9 mg/L (4.0-13.0)
60.3 μmol/L (30.5-99.2)

9.2

Page : 1 / 2

25/05/2021

102

Clairance de la créatinine

121 mL/min

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

Acide Urique

(Dosage enzymatique)

48 mg/l (35–72)

09/12/2022

HbA1c

(G8Tosoh)

6.3 %

7.7

INTERPRETATION:

<6 non diabétique

6,5–8 bon contrôle

>8 mauvais contrôle

BILAN ENDOCRINIEN

Echantillon sérique

TSH

(Dosage CMIA)

2.87 mUI/L (0.47–5.01)

Ac anti-Thyroperoxydase

(Dosage CMIA)

10 UI/mL (<34)

BIOCHIMIE URINAIRE**Volume des 24h**

1 300 mL/24h

Diurèse

0.90 mL/min

Microalbuminurie

(Immunoturbidimétrie)

7 mg/l (<15)

Microalbuminurie des 24h

(Immunoturbidimétrie)

9 mg/24h (<30)

Dossier validé par : jamal EL KAISOUNI

Laboratoire JAMAL
d'Analyses Médicales
Dr. EL KAISOUNI Jamal
 35, Av. des FAR Chalet Inezdane
 Tél/Fax: 05 28 33 39 75

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 76936360xICE 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	AntiThyroïdiens : Microsomaux 150 201	B150	B
0484	Microalbumine de 24H par immunonephelometrie	B120	B

Total	790	TOTAL DOSSIER :	894 Dhs
B :			

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

Laboratoire JAMAL
 Dr. EL KHASSOUNI Jamal
 1 AV DES FAR, LES CHALETS, INEZGANE
 Tél/Fax : 05.28.33.39.75

D

Mouniri Mahassine
 Diabète - Endocrinologie
 Nutritionnel
 phie



د. منيري محاسن
 أمراض السكري - أمراض الغدد
 التغذية
 الفحص بالصدى

Le : 16/05/2023

NOTE D'HONORAIRE

Je soussigné certifie avoir reçu de : Mr

Amachas ALLAL

La somme de : 2500dh

- Pour :
- ☒ Consultation
 - ☐ Echographie
 - ☐ Séance nutrition
 - ☐ Soins pied
 - ☐ Education thérapeutique
 - ☐ Autre

Dr. M. MOUNIRI
 Diabétologie
 Endocrinologie - Nutrition
 Diplôme d'Echographie
 Tél. : 05 28 84 84 97
 1er étage App. 6 Oumlil Avenue Hassan II - AGADIR

Signature : [Signature]