

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.

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° M21- 067922

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 941 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre
Nom & Prénom : Ait Gouboud Ahmed
Date de naissance :
Adresse :
Tél. : 0661141760 Total des frais engagés : 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 : Casa Le : 28 / 08 / 2023
Signature de l'adhérent(e) :

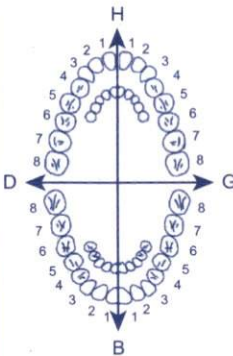
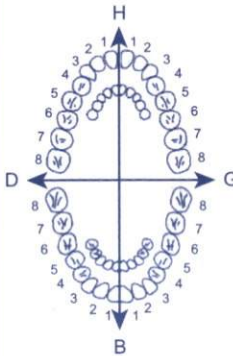
[illegible][illegible][illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

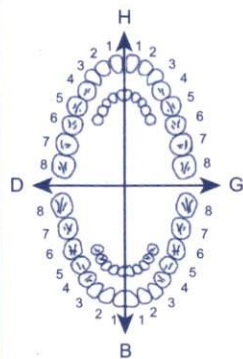
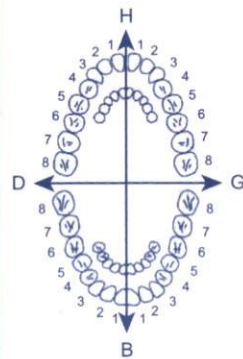
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		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"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Veillez 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	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															
		<div><div>H</div><table><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td colspan="2">D ————— G</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr><tr><td colspan="2">B</td></tr></table></div> <div>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div>			25533412	21433552	00000000	00000000	D ————— G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		25533412	21433552														
		00000000	00000000														
		D ————— G															
		00000000	00000000														
		35533411	11433553														
		B															
					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 L'EXECUTION



Laboratoire Charles Nicolle
ANALYSES MEDICALES

Dr. FAVARD ENNACHACHIBI Mireille
Pharmacien - Biologiste

DIPLOMEE DE L'UNIVERSITE DE LYON ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS C.E.S. DE BACTERIOLOGIE
VIROLOGIE, HEMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE, PARASITOLOGIE, MYCOLOGIE, BIOCHIMIE

FACTURE : 60297

Casablanca, le 09/08/2023

CN 23870

Nom et Prénom : **Monsieur AIT MOULOUD Ahmed**

Référence : **090823 040**

ANALYSES BIOLOGIQUES :

PSA (ANTIGENE SPECIFIQUE PROSTATE) B 300

NUMERATION FORMULE B 80

Prélèvements : 1 25,00 Dh

MONTANT NET : 534,20 Dhs (Soit 380 B)

Arrêtée la présente facture à la somme de :
Cinq cent trente quatre Dirhams et vingt centimes

LABORATOIRE CHARLES NICOLLE
Dr FAVARD ENNACHACHIBI
Rcs Pasteur 21, Place Pasteur
Casablanca
Tél: 0522 49 26 74 / Fax: 0522 49 26 75

Laboratoire accrédité selon la norme NM ISO 15189 - Portée AA 02/2019 disponible sur le site : www.mcinet.gov.ma

CNSS : 225 6180 - Patente : 36340350 - R.C. : 281742 - IF : 59301957 - ICE : 001650011000057 - INP : 093001030
R. Pasteur, 21, Place Pasteur Casablanca - Tél.: 0522 49 26 74/98 . Pour toute réclamation : E-mail : labocharlesnicolle@gmail.com
RIB BANCAIRE BMCE AGENCE MOULAY IDRISS 1er Casablanca_011 780 00 00 70 210 00 059 34 32



Laboratoire Charles Nicolle
ANALYSES MEDICALES

Dr. FAVARD ENNACHACHIBI Mireille
Pharmacien - Biologiste

DIPLOMEE DE L'UNIVERSITE DE LYON ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS C.E.S. DE BACTERIOLOGIE
VIROLOGIE, HEMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE, PARASITOLOGIE, MYCOLOGIE, BIOCHIMIE

Prélevé le 09/08/2023 à 12h45

Par le laboratoire

Date de Naissance: 13/01/1946 Sexe: M

Edité le: 09/08/23 16h31

Résultats complets

Mr. AIT MOULOUD Ahmed

CIN: RF: 090823040 P.n°

Dr. BEN ADADA H

CASABLANCA, le 09/08/2023



IMMUNOLOGIE - SEROLOGIE

Seuls les examens mentionnés avec le symbole [AC] sont couverts par l'accréditation (portée AA02/2019)

VALEURS DE REFERENCE

ANTECEDENTS

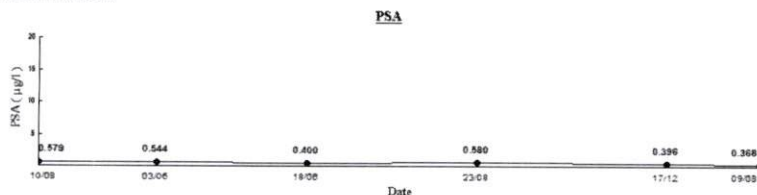
Antigène Prostatique PSA [AC] : 0.368 $\mu\text{g/l}$ (<4)

(Technique Electrochimiluminescence COBAS ROCHE) éch: sérum

17/12/22 : 0.396

Le résultat de PSA est exprimé avec 3 décimales

La prise de complément alimentaire (biotine > 1200 ng/ml) induit des résultats faussement diminués



Résultat validé par Dr FAVARD Mireille

Laboratoire Charles Nicolle
Dr. FAVARD ENNACHACHIBI
cs Pasteur 21, Place Pasteur - Cas.
Tél: 0522 49 26 74 / 98
Fax: 0522 49 25 71



Laboratoire Charles Nicolle
ANALYSES MEDICALES

Dr. FAVARD ENNACHACHIBI Mireille
Pharmacien - Biologiste

DIPLOMEE DE L'UNIVERSITE DE LYON ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS C.E.S. DE BACTERIOLOGIE
VIROLOGIE, HEMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE, PARASITOLOGIE, MYCOLOGIE, BIOCHIMIE

Prélevé le 09/08/2023 à 12h45

Préleveur: BENNANI Hanane

Par le laboratoire

Date de Naissance: 13/01/1946 Sexe: M

Edité le: 09/08/23 16h31

Résultats complets

Mr. AIT MOULOUD Ahmed

CIN: RF: 090823040 P.n°

Dr. BEN ADADA H

CASABLANCA, le 09/08/2023



HEMATOLOGIE

Seuls les examens mentionnés avec le symbole [AC] sont couverts par l'accréditation (portée AA02/2019)

VALEURS DE REFERENCE

ANTECEDENTS

HEMOGRAMME (Cytométrie de flux SYSMEX) Echantillon: sang total EDTA

Valeurs de réf adulte annales biologie clinique 2014-Pédiatrie RFL 2009

NUMERATION GLOBULAIRE [AC]

Hématies	: 4.43	M/mm3	(4.28 - 5.79)	17/12/22 : 4.64
Hémoglobine	: 10.50	* g/dl	(13.4 - 16.7)	17/12/22 : 11.30
Hématocrite	: 36.1	* %	(39.2 - 48.6)	17/12/22 : 36.3
V.G.M	: 81	fl	(78 - 97)	17/12/22 : 78
T.G.M.H	: 23.7	* pg	(26.3 - 32.8)	17/12/22 : 24.4
C.C.M.H	: 29.1	* %	(32.4 - 36.3)	17/12/22 : 31.1
Leucocytes	: 4 020	* /mm3	(4050 - 11000)	17/12/22 : 9180

FORMULE LEUCOCYTAIRE [AC]

Polynucléaires Neutrophiles:	50 %			
Soit	2 010	/mm3	(1780 - 6946)	17/12/22 : 5783
Polynucléaires Eosinophiles:	3 %			
Soit	121	/mm3	(0 - 630)	17/12/22 : 92
Polynucléaires Basophiles :	1 %			
Soit	40	/mm3	(0 - 63)	17/12/22 : 0
Lymphocytes	: 37 %			
Soit	1 487	/mm3	(1241 - 3919)	17/12/22 : 2570
Monocytes	: 9 %			
Soit	362	/mm3	(228 - 773)	17/12/22 : 734

PLAQUETTES [AC]

	: 156	* Mil/mm3	(161 - 398)	17/12/22 : 174
VPM vol.plaquettaire moyen:	11	fl	(8 - 12)	17/12/22 : 12
Rapport grandes plaquettes:	33	%	(15 - 35)	17/12/22 : 37

- Lecture du frottis: Anémie normocytaire hypochrome.

Résultat validé par Dr FAVARD Mireille

[Signature]
Dr. FAVARD ENNACHACHIBI
R. Pasteur, 21, Place Pasteur - Casr
Tél: 0522 49 26 74 / 98
Fax: 0522 49 26 71