

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE P 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.

AS : 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

M23-0021490

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13250 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : Drissi Dounia
 Date de naissance : 19/10/1988
 Adresse : 3 Rue Benghazi appt 4, Hassan, Rabat
 Tél. : 0659 35 2007 Total des frais engagés : 1499,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 6/9/23
 Nom et prénom du malade : Drissi Dounia 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 : Casa blanca Le : 20/11/2023
 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
6/9/13	C	1	120	
9/11/17	C	2	120	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

PHARMACIE ALBALEM
Dr NOREZZINE Jamila
Angle Oued Souss Oued Ammi
Dr ibn Khaldoun 1, Harhoura
Tél: 05 37 74 47 87

9/11/17

14340

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

Laboratoire d'Analyses
Biologiques et de Recherches
Dr BENHASSAIN Karim
Tél: 05 37 70 71 00 / 05 37 70 80 82
Fax: 05 37 70 12 40

21

B940

1280014

INPE : 103001905

ICE : 001644497000040

IF : 33408531

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

Montant détaillé des Honoraires

AM

PC

IM

IV

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

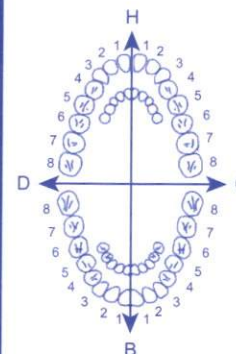
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H

25533412 21433552

00000000 00000000

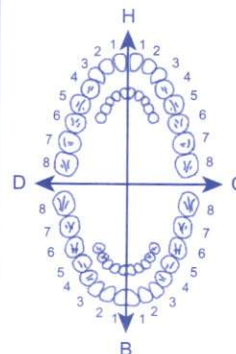
D 00000000 G

35533411 11433553

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

RABAT LE: 9-11-23

HOMEOPATHIE

TEL: 05 37 77 59 56 / 05 37 68 31 39

ICE0016981220084

A. Dene Dene

1. 456×2 cane forte

25, 10 x 2

2 - Sewafer

PHARMACIE ALBALSEM
Dr NOREZZINE Jamila
Angle Oued Sousse Oued Amrit
Lot Ibn Khaldoun - Harhoura
TUNIS 71 36 37 78 37 67

2 - 1
14 kabu didi afres
le, rept

1484

DR. GUYTON TERRY JOHNSON
JAN 10 1968
INSTITUTIONAL
500
1000

Lot N° :

EXP :

PPV :

05158

فومافير[®]

فومارات حديدي **200** ملغ
(أي ما يعادل **66** ملغ من الحديد)

100 قرص

عن طريق الفم



Laboratoires SYNTHEMEDIC

20-22, Rue Zoubair Bnou El Aouam

Roches Noires Casablanca

Médicament autorisé N°: 833/16DMP/21/NRQ

FUMAFER[®] 66 mg

100 comprimés



6 118000 180371



13777

3 أمبولات للشرب

د-كير® قوي

كوليكالسيفيرول 100 000 وحدة دولية
فيتامين D3

Solution huileuse buvable

محلول زيتي للشرب

Fabriqué par : **SMB**
SMB TECHNOLOGY S.A.
39 rue du Parc Industriel,
B-6900 MARCHE-EN-FAMENNE, Belgique.EXP : 03/2026
LOT : 23C29
PPV : 49,60 DH

١٥

3 ampoules buvables

D-CURE® FORTECholécalfiférol 100 000 UI
Vitamine D3Importé par : **Ergo Maroc**
Importateur agrééLes laboratoires ERGO MAROC
108, Rue Pierre Parent, Casablanca, Maroc.
AMM N° : 24/16DMP/21/NNP**SMB****Composition :**Principe actif :
Cholécalfiférol 100 000 UI
Excipients.....qsp.....1ml
Indications, posologie, mises en garde spéciales :
Lire attentivement la notice avant utilisation.
Bouayer استعمال، الجرعات و تحذيرات خاصة :
اقرأ النشرة جيدا قبل الإستعمال.**A conserver :**- Dans son emballage d'origine à l'abri de la lumière et à une température ne dépassant pas 30°C.
- Hors de la portée des enfants.
- يحفظ في عبوته الأصلية بعيدا عن الضوء وفي درجة حرارة لا تتجاوز 30° درجة.
- يحفظ بعيدا عن متناول الأطفال.



1377

3 أمبولات للشرب

د-كير® قوي

كوليكا السيفيرول 100 000 وحدة دولية
فيتامين D3

Solution huileuse buvable

محلول زيتي للشرب



Fabriqué par : SMB

SMB TECHNOLOGY S.A.
39 rue du Parc Industriel,
B-6900 MARCHE-EN-FAMENNE, Belgique.PPV: 49,60 DH
LOT: 23C29
EXP: 03/2026

160

3 ampoules buvables

D-CURE® FORTE

Cholécalférol 100 000 UI
Vitamine D3

Importé par : Ergo Maroc

Les laboratoires ERGO MAROC
108, Rue Pierre Parent, Casablanca, Maroc.
AMM N° : 24/16DMP/21/NNP

SMB

Composition :

Principe actif :

Cholécalférol 100 000 UI

Excipients.....qsp.....1ml

Indications, posologie, mises en garde spéciales :

Lire attentivement la notice avant utilisation.

دواعي الإستعمال، الجرعات و تحذيرات خاصة :

اقرأ النشرة جيدا قبل الإستعمال.

A conserver :

- Dans son emballage d'origine à l'abri de la lumière et à une température ne dépassant pas 30°C.

- Hors de la portée des enfants.

- يحفظ في عبوته الأصلية بعيدا عن الضوء وفي

درجة حرارة لا تتجاوز 30° درجة.

- يحفظ بعيدا عن متناول الأطفال.

DOCTEUR COULON NAJID JOSIANE

RABATLE: 6927

MEDECINE GENERALE

HOMEOPATHIE

54, RUE OUED SEBOU AGDAL RABAT

TEL :05 37 77 59 56 /05 37 68 31 39

ICE0016981220084

A. J. Jones

KSF)

Penetration

CAP

for service
25 off out Dr)

25 off out Dr)

**Laboratoire d'Analyses
Biologiques et de Recherches**
Dr. BENHASSAIN Karim
Tél.: 05 37 70 71 00 / 05 37 70 80 82
Fax : 06 37 70 12 40

Dr. Coulon Najid JOSIANE
Médecine Générale
Nomenclature
54, rue Ould Sebou-Rabat
Tél: 0537 77 59 56/0537 68 31 39

FACTURE N° : 231000648

RABAT le 21-10-2023

Mlle DRISSI DOUNIA

Récapitulatif des analyses	
Analyse	Clé
Forfait traitement échantillon sanguin	E25
Vitamine D	B450
Numération formule	B80
Ferritine	B250
Fer sérique	B60
CRP (Protéine C réactive)	B100

Total des B : 940

TOTAL DOSSIER : 1280.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : mille deux cent quatre-vingts dirhams .

Laboratoire d'Analyses
Biologiques et de Recherches
Dr. BENHASSAIN Karim
Tél.: 05 37 70 71 00 / 05 37 70 80 82
Fax : 05 37 70 12 40



Dossier ouvert le : 21-10-2023 à 10:41
Code patient : 23050444
Né(e) le : 19-10-1988 (35 ans)

Mademoiselle
DRISSI DOUNIA
Dossier N° : 23101073
Prescripteur : Dr COULON NAJID JOSIANE

HEMATOLOGIE

HEMOGRAMME :

NUMERATION GLOBULAIRE :

				10-05-2023
Hématies	4,55	M/mm ³	(3,80-5,90)	4,58
Leucocytes	7 540	/mm ³	(4 000-10 000)	8 320
Hémoglobine	12,80	g/dl	(11,50-17,50)	12,60
Hématocrite	36,90	%	(34,00-53,00)	36,80
VGM	81	μ ³	(80-95)	80
TCMH	28	pg	(25-34)	28
CCMH	35	%	(31-36)	34

FORMULE LEUCOCYTAIRE :

Neutrophiles	47 %	soit	3 544 /mm ³	(1 200-7 500)	4 742
Eosinophiles	2 %	soit	151 /mm ³	(10-1 000)	83
Basophiles	1 %	soit	75 /mm ³	(<150)	83
Lymphocytes	44 %	soit	3 318 /mm ³	(1 000-4 000)	2 995
Monocytes	6 %	soit	452 /mm ³	(200-1 100)	416

Plaquettes : 267 000 /mm³ (150 000-400 000) 273 000

Hémogramme normal. Frottis sans anomalie notable

BIOCHIMIE SANGUINE

Fer sérique 1,20 mg/l (0,60-1,70)
21,48 μmol/l (10,74-30,43)

Laboratoire d'Analyses
Biologiques et de Recherches
Dr. BENHASSAIN Karim
Tél.: 05 37 70 71 00 / 05 37 70 80 82
Fax : 05 37 70 12 40



Dossier ouvert le : 21-10-2023 à 10:41

Code patient : 23050444

Né(e) le : 19-10-1988 (35 ans)

Mademoiselle

DRISSI DOUNIA

Dossier N° : 23101073

Prescripteur : Dr COULON NAJID JOSIANE

Ferritine

15,3 µg/l

(20,0-200,0)

10-05-2023

10,4

Protéine C-réactive (CRP)

7,6 mg/l

(<6,0)

10-05-2023

8,3

VITAMINOLOGIE

25-(OH)-vitamine D
(D2+D3)

14,30 ng/ml

10-05-2023

18,70

35,75 nmol/l

< 20 ng/ml (<50 nmol/l)

: Carence

20-29 ng/ml (50-72,5 nmol/l)

: Equilibre acceptable.

30-100 ng/ml (75-250 nmol/l)

: Suffisance

>100 ng/ml (>250 nmol/l)

: Toxicité

Laboratoire d'Analyses
Biologiques et de Recherche
Dr. BENHASSAIN Karim
Tél.: 05 37 70 71 00 / 05 37 70 80 80
Fax : 05 37 70 12 40