

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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

W21-836041

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9999 Société : RAR
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BEKKAN SAAJ A 92316
 Date de naissance : 22/09/1971
 Adresse : 1 RUE DES ORANGES ANFA CHABOUJA
 Tél. : 0664 000 838 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : BEKKAN SAAJ Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : VINOPE
 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

PR4FR05/V2/2010-2023

[illegible][illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire de Radiologie	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. Jewad EL ASSAD Radiologue 0622 84 93 97 147	10/04/24	230	300 DH
Dr. A. Agoua B. Agoua 13/01/84	13/01/84	BAGOPC	2523,60 DH

[illegible]

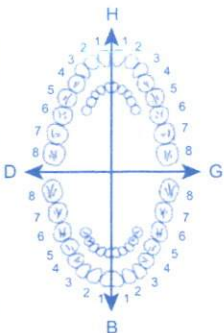
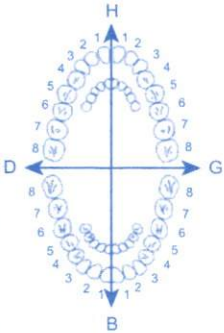
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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	Montant des Honoraires	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				COEFFICIENT DES TRAVAUX																								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			D		B		00000000	00000000			35533411	11433553			<input type="text"/>
	H		G																										
	25533412	21433552																											
	00000000	00000000																											
	D		B																										
	00000000	00000000																											
	35533411	11433553																											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>(Création, remont, adjonction)</th> <th>Montant des Honoraires</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</td> <td></td> </tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>				(Création, remont, adjonction)	Montant des Honoraires	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																				MONTANTS DES SOINS		
	(Création, remont, adjonction)	Montant des Honoraires																											
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																												
				<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

Mme BEKKARI Shemsi

Prescripteur :

Casablanca le : 16-01-2024

Du : 13-01-2024

Référence : B240100593

Dr Zizi

Médecin Biologiste

Ancien interne des hôpitaux de Paris

Normes

Antériorités

HEMATOLOGIE

HEMOGRAMME

Numération Globulaire

Hématies	4.8	M/mm ³	(4.0-5.3)
Hémoglobine	14.4	g/dL	(12.5-15.5)
Hématocrite	41	%	(37-46)
VGM	85	μ ³	(80-95)
TCMH	30	pg	(28-32)
CCMH	35	g/100mL	(30-35)

Formule leucocytaire

Leucocytes		8 620	/mm ³	(4 000-10 000)
Neutrophiles	55 %	soit	4 741 /mm ³	(1 500-7 500)
Eosinophiles	1 %	soit	86 /mm ³	(<400)
Basophiles	1 %	soit	86 /mm ³	(<100)
Lymphocytes	36 %	soit	3 103 /mm ³	(1 500-4 000)
Monocytes	7 %	soit	603 /mm ³	(200-1 000)

Numération plaquettaire

Plaquettes	235 000	/mm ³	(150 000-400 000)
Volume Plaquettaire Moyen	11.5	fl	(6.0-11.0)

Frottis sanguin:

Formule leucocytaire vérifiée. Pas d'anomalie cellulaire observée en dehors d'une discrète anisocytose érythrocytaire. Présence des macroplaquettes



Mme BEKKARI Shemsi

Prescripteur :

Casablanca le : 16-01-2024

Du : 13-01-2024

Référence : B240100593

Normes

Antériorités

Ac anti-VCA (IgG)

Index

Positif

51.20 U/mL

Interprétation :

< 20 U/mL : Négatif
20 - 25 U/mL : Limite
> 25 U/mL : Positif

Ac anti-EBNA (IgG)

Index

Négatif

11.80 U/mL

Interprétation :

< 20 U/mL : Négatif
20 - 25 U/mL : Limite
> 25 U/mL : Positif



Mme BEKKARI Shemi

Prescripteur :

Casablanca le : 16-01-2024 Du : 13-01-2024

Référence : B240100593

Normes

Antériorités

BIOCHIMIE SANGUINE

Protéine C réactive (CRP)	0.4 mg/L	(<6.0)
Transaminase GOT (ASAT)	11 UI/L	(10-45)
Transaminase GPT (ALAT)	15 UI/L	(10-35)

SEROLOGIE INFECTIEUSE

Sérologie du Cytomégalo virus CMV

IgG 265.00 U/mL
(Chimiluminescence)

Interprétation :

<0.7U/mL : Négatif
0.7-1U/mL : Equivoque
>1 U/mL : Positif

IgM 0.53 Index
(Chimiluminescence)

Interprétation :

<0.7U/mL : Négatif
0.7-1U/mL : Equivoque
>1 U/mL : Positif

Sérologie du Virus de l'Epstein Barr (EBV)

Ac anti-VCA (IgM) Positif
Index 141.30 U/mL

Interprétation :

< 20 U/mL : Négatif
20 - 25 U/mL : Limite
> 25 U/mL : Positif



Dr Zizi

دكتور الزيزي

Médecin Biologiste

طبيب

Ancien interne des hôpitaux de Paris

إختصاصي في
التحليلات الطبية

Casablanca le 13-01-2024

Mme BEKKARI Shemsi

FACTURE N° B240100593

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Traitement échantillon sanguin	E25	E
0146	Transaminases O (TGO)	B50	B
0147	Transaminases P (TGP)	B50	B
0216	Numération formule	B80	B
0370	CRP	B100	B
	Frottis sanguin	E100	E
	Sérologie du Cytomégalo virus IgG IgM	B470	B
	Sérologie du virus de l'Epstein Barr	B500	B
	Anticorps anti-EBV (VCA) IgM	B180	B
	Anticorps anti-EBV (VCA) IgG	B180	B
	Anticorps anti-EBV (EBNA) IgG	B180	B

Total des B : 1790

TOTAL DOSSIER : 2523.60 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :
deux mille cinq cent vingt-trois dirhams soixante centimes


Docteur Jawad EL AOUD

Ancien Interne en Titre des Hôpitaux de Montpellier
Spécialiste en Radiodiagnostic et Imagerie Médicale
D.E.S de Radiologie
Membre de la Société Française de Radiologie
Docteur d'Etat en Médecine



أنفا للفحص بالأشعة
ANFA RADIOLOGIE

Casablanca, le 10/01/2024

Patient : BEKKARI SHEMSI
Prescripteur: DR MECHICHE-ALAMI GHALI

RADIOGRAPHIES DU THORAX FACE ET PROFIL

Mon cher confrère,

Veillez trouver ci-dessous le compte rendu de l'examen pratiqué dans notre centre.

Examen réalisé sur une table de radiologie numérique Carestream DRX mise en service en janvier 2023.

Indication :

Bilan.

Résultats :

Pas d'anomalie parenchymateuse focalisée.

Index cardio-thoracique normal.

Pas d'épanchement liquidien ou gazeux de la plèvre.

Conclusion:

Radiographies thoraciques normales.

Merci de votre confiance

PO. Docteur Jawad EL AOUD

N.B : Vous pouvez visualiser vos images en scannant le QR ci-dessous:

INPE
091047670

Dr Jawad EL AOUD
ANFA RADIOLOGIE
5, Rue Ali Abderrazak - Casablanca
Tél: 0522 94 97 97 / 96 / 99



أنفا للفحص بالأشعة



ANFA RADIOLOGIE

Casablanca, le 10/01/2024

Facture N° 278/2024

Nom patient : BEKKARI SIEMSI

Examen(s) réalisé(s) :
RX POUMONS (FACE/PROFIL)

Montant : trois cents (300 DH)

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
TROIS CENTS DH

REGLEMENT : CARTE

INPE
091047670

Dr Jawad EL Aoud
ANFA RADIOLOGIE
Rue Ali Abderrazak CASABLANCA
Tél : 0522 94 97 97 / 98 / 99

Docteur Ghali MECHICHE-ALAMI

Pédiatre

Diplômé de la faculté de médecine de Paris

sur rendez-vous

الدكتور الغالي مشيش العلمي

إختصاصي في أمراض الأطفال

خريج كلية الطب بباريس

بالموعد

Casablanca le : 18/1/2024.

Ghali Mechiche-Alami

- NRE et tubercp Huit
- CRP
- Thauraminam -
- Sistas sup.
- Serologie EBV, CMV



Dr. Ghali MECHICHE-ALAMI
Pédiatre
281, Bd. Brahim Roudani, Casa
Tél: 0522.23.48.42 / 0522.98.20.17

Dr. Ghali MECHICHE-ALAMI

Pédiatre

ma de la faculté de médecine de Paris

sur rendez-vous

الدكتور الغالي مشيش العلمي
إختصاصي في أمراض الأطفال
خريج كلية الطب بباريس
بالموعد

Casablanca le 10 JAN 2024

Bexami Sleusi

Radios de thorax Foc

I + E

(& foy: faire un foy 1.)

Dr. Ghali MECHICHE-ALAMI
Pédiatre
281, Bd. Brahim Roudani - Casa
INRE: 181210492
Tél: 0522 23 48 42 / 0522 98 20 17

عنوان: 281 - شارع إبراهيم الروداني - محطة الطرامواي غاندي - (20390) الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 23 48 42 / 05 22 98 20 17 - البريد الإلكتروني: dmechiche@gmail.com
Résidence sociale - Inrm: 1 - 281, Bd. Brahim Roudani - Tramway / Ghandi - (20390) Casablanca - Tél: 05 22 23 48 42 / 05 22 98 20 17 - Email: dmechiche@gmail.com