

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



Déclaration de Maladie

M23-0022820

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0883 Société : Ram
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 195828
Nom & Prénom : Benis S. H. El
Date de naissance : 21/05/1961
Adresse : Résidence 6 Gaudi de l'6ème
Dr Bouz
Tél : 06 61 78 66 88 Total des frais engagés : 318,10 Dhs


Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : DR. ABUELHAK SARA
INPE: 091262980
Date de consultation : 03/02/2024 ICE 002851047000058
Nom et prénom du malade : Benis Sofia Age : 57
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Née de 8
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 : 08/02/2024 Le : 08/02/2024
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

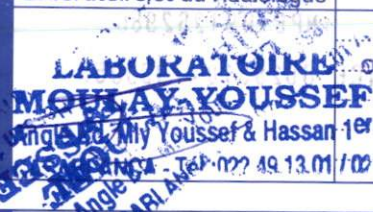
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
08/02/24	CS		300 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	08/02/24	89,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	08/02/24	B2040	2758,60

AUXILIAIRES MEDICAUX

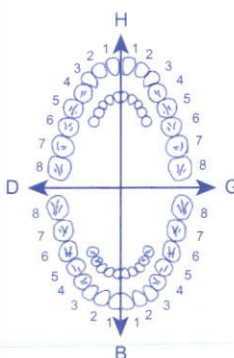
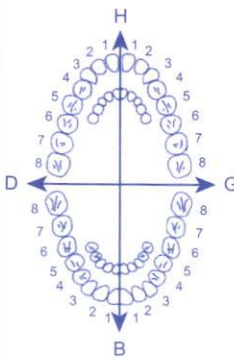
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, 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																								
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	[Création, remont, adjonction]			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

د. سارة أبو الحق

اختصاصية في :

Dr. Sara ABOU EL HAK

Spécialisé en :

- Maladie de l'appareil digestif et du foie
- Proctologie médico-chirurgicale
- Endoscopie
- Échographie



- أمراض الجهاز الهضمي و الكبد
- أمراض و جراحة المخرج و البواسير
- الفحص بالمنظار
- الفحص بالصدى

Casablanca, Le.....

08/02/2024

Mme BENNIS SOFIA

1. ESAC 40 MG
1 cp par jour le matin à jeun
2. PERIDYS CP
1 cp 2 fois par jour avant repas
3. METEOSPASMYL
1 cp 2 fois par jour après repas
4. ALFLOREX (1mois)
1 cp par jour avant repas à midi

15 jours

275, Rue Assaoudia, Village pilote
(à côté de l'école " le village ") Dar Bouazza.

275, زنقة السعودية, القرية النموذجية
(قرب مدرسة القرية) دار بوعزة.

Tél : 0650 10 36 62 / 0522 29 04 79: الهاتف

E-mail : docteurabouelhak@gmail.com : البريد الإلكتروني

D3 NORM[®]

200 UI

GOUTTES BUVABLES



Lot:

230863

A consommer

avant le:

10/2026

PPC : 89,50 DH



Dr. Sara ABOU EL HAK

Spécialisé en :

- Maladie de l'appareil digestif et du foie
- Proctologie médico- chirurgicale
- Endoscopie
- Échographie

د.سارة أبو الحق

اختصاصية في :

- أمراض الجهاز الهضمي و الكبد
- أمراض و جراحة المخرج و البواسير
- الفحص بالمنظار
- الفحص بالصدى

Casablanca, Le

08/02/2024

Mme BENNIS SOFIA

- ASAT ALAT GGT PAL
- TP – INR
- EPP
- AG HBS – ACHBS – AC HBC
- AC HVC
- SEROLOGIE HP
- IFOBT

• TS

275, Rue Assaoudia ,Village pilote
(à côté de l'école " le village ") Dar Bouazza.

275, زنقة السعودية, القرية النموذجية
(قرب مدرسة القرية) دار بوعزة.

Tél : 0650 10 36 62 / 0522 29 04 79: الهاتف

E-mail : docteurabouelhak@gmail.com : البريد الإلكتروني

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES MOULAY YOUSSEF

Dr Ghizlane BENNIS : Pharmacien Biologiste Diplômée de l'Université René Descartes (Paris V)
Angle Bd, Moulay Youssef et Hassan 1er Résidence Sourour Tél : 022 49.13.01/02 Fax : 022 49 .13.03



INPE : 097159057

Facture

N° facture 2024-000187

Date 09/02/2024

Patient Mme BENNIS Sofia

Date prélèvement : 09/02/2024

Analyses	Valeur en B	Montant
TAUX DE PROTHROMBINE:T.QUICK	40	53,60
TRANSAMINASES	100	134,00
PHOSPHATASES ALCALINES	50	67,00
GAMMA GT	50	67,00
ELECTROPHORESE DES PROTEINES SERIQUE	100	134,00
SEROLOGIE HEPATITE B: Antigène HBs	120	160,80
AC ANTI HBS	250	335,00
ANTICORPS ANTI-HBc TOTAUX	250	335,00
AC ANTI HCV	300	402,00
SEROLOGIE HELICOBACTER PYLORI	180	241,20
TSH-us : Thyroestimuline-Hormone	250	335,00
FT4 : THYROXINE LIBRE	200	268,00
Recherche de sang dans les selles1	150	201,00
Total B	2040	2 733,60
APB	1,0	25,00
Majoration de garde		
Total		2 758,60

Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX MILLE SEPT CENT CINQUANTE-HUIT DIRHAMS ET 60 CENTIME

LABORATOIRE
MOULAY YOUSSEF
Angle Bd. Mly Youssef & Hassan 1er
CASABLANCA - Tél : 022 49 13 01 / 02

Casablanca, le : 17/02/2024

Code Patient : 12-003229

Compte rendu d'analyses

INPE : 097159057



Dossier N° : 090224-013 Pvt du: 09/02/2024 17:41

Nom : Mme BENNIS Sofia

Demandé par Dr : ABOU EL HAK SARA

Page : 1/1

ANALYSES DIVERSES

Valeurs Usuelles

Antériorité

Recherche de sang dans les selles 1 : NEGATIVE

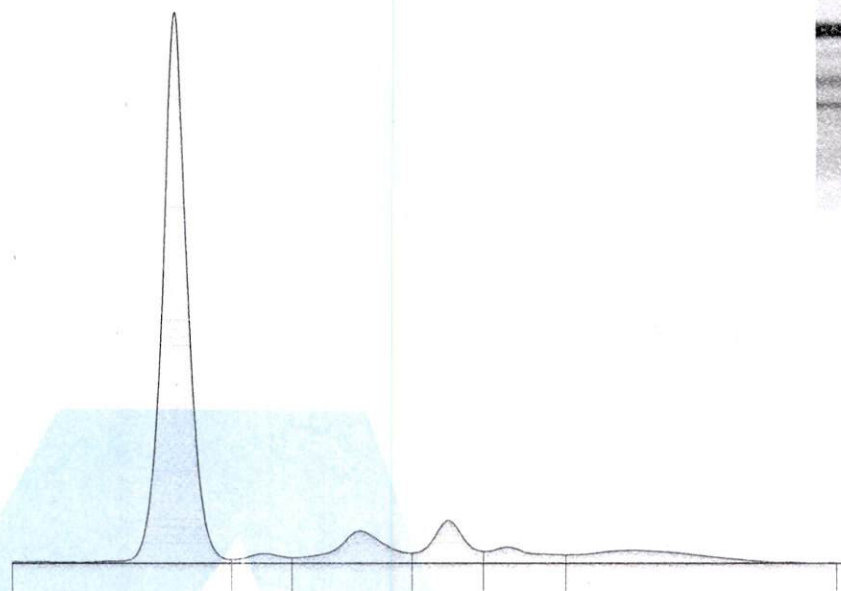
Ghizlane BENNIS
Pharmacien Biologiste

Dossier du : 10/02/2024

Réf: 242402102006

BENNIS Sofia

Électrophorèse sur gel des protéines sériques
Réalisé sur Automate HYDRASYS 2 Scan SEBIA



Nom	%	Normales %	g/L	Normales g/L
Albumine	71,0	60,3 - 72,8	44,0	37,4 - 60,4
Alpha 1	1,8	1,0 - 2,6	1,1	0,6 - 2,1
Alpha 2	8,4	7,2 - 11,8	5,2	4,5 - 9,7
Beta 1	7,4	5,6 - 9,1	4,6	3,4 - 7,6
Beta 2	4,0	2,2 - 5,7	2,5	1,3 - 4,8
Gamma	7,4	6,2 - 15,4	4,6	3,8 - 12,8

Rapp. A/G : 2,45

P. T. : 62 g/L

Ghizlane BENNIS
Pharmacien Biologiste

Biologiste

Mme BENNIS Sofia

Dossier N° : 090224-013

Page : 3/3

ANALYSES HORMONALES

		Valeurs Usuelles	Antériorité
<u>TSH-us : Thyréostimuline-Hormone-ultrasensible</u> Technique ELFAVIDAS/Biomérieux Nouveau né à terme < 20 Euthyroïde : 0.25 à 5 µUI/ml Hyperthyroïdie : < 0.15 µUI/ml Hypothyroïdie : > 7 µUI/ml	2,91 µUI/ml		3,74 (28/10/23) 3,18 (31/03/22) 4,43 (06/01/22)
<u>FT4 : THYROXINE LIBRE</u> (Technique : ELFA VIDAS BIOMERIEUX)	: 13,55 pmol/l (9 - 20)		16,74 (31/03/22) 11,72 (04/02/19)


Ghizlane BENNIS
 Pharmacien Biologiste

Mme BENNIS Sofia

Dossier N° : 090224-013

Page : 2/3

ANALYSES D'IMMUNOLOGIE-SEROLOGIE

SEROLOGIE HELICOBACTER PYLORI

Ac anti Helicobacter pylori IgG :

résultat : 1,73

(Technique : Vidas/Biomérieux)

Interprétation

VT < 0,75 : Négatif.
VT 0,75 à 1,0 : Equivoque
VT > 1,0 : Positif

RESULTAT : POSITIF

SEROLOGIE HEPATITE B: Antigène HBs

(Technique : Technique ELISA 3ème génération)

Résultat : NEGATIF VT: 0.28

Interprétation

VT: < 0.9 NEGATIF
0.9-1.10 EQUIVOQUE
> 1.10 POSITIF

AC ANTI HBS

RESULTAT : NEGATIF
< 0.01 mIU/ml

(Technique : Immunofluorescence)

< ou = 5 NEGATIVE
5 < Titre < 15 INDETERMINE
> 15 ou = POSITIVE

SEROLOGIE DE L'HEPATITE C : NEGATIF VT: 0.10

(Technique : Technique Elisa 3ème génération)

VT: < 0.9 NEGATIF
0.9-1.10 EQUIVOQUE
> 1,1 POSITIF

ANTICORPS ANTI-HBc TOTAUX

(Technique : Technique ELISA 3ème génération)

Résultat : Négatif VT: 0.5
< 0.9 NEGATIF
0.9-1 EQUIVOQUE
> 1 POSITIF

Ghizlane BENNIS
Pharmacien Biologiste



Casablanca, le : 12/02/2024

Code Patient : 12-003229

Compte rendu d'analyses

INPE : 097159057



Dossier N° : 090224-013 Pvt du: 09/02/2024 17:41

Nom : Mme BENNIS Sofia

Demandé par Dr : ABOU EL HAK SARA

Page : 1/3

ANALYSES D'HEMOSTASE-COAGULATION

TAUX DE PROTHROMBINE:T.QUICK

(Technique : COAG-A-MATE XM)

			Valeurs Usuelles	Antériorité
PATIENT	:	13,10 sec.		13,50 (08/02/22) 12,30 (29/07/13) ~~~~~
TEMOIN	:	12,20 sec.		12,20 (08/02/22)
TP	:	92,50 %	(70 - 100)	88,30 (08/02/22) 95,00 (29/07/13) ~~~~~
INR	:	1,08		1,11 (08/02/22) 1,00 (29/07/13) ~~~~~

ANALYSES DE BIOCHIMIE (SANG)

TRANSAMINASES

SGOT/ASAT

(Technique : Enzymatique IFCC/COBAS C111)

SGPT/ALAT

(Technique : Enzymatique/Dirui)

Aspect du serum : Normal

PHOSPHATASES ALCALINES

(Technique : Enzymatique/Dirui)

GAMMA GT

(Technique : cinétique/enzymatique/cobas c111)

	Valeurs Usuelles	Antériorité
SGOT/ASAT	(Inférieur à 40)	18,01 (28/10/23) 23,40 (31/03/22) 37,90 (06/01/22) 28,10 (04/09/20)~~~~~
SGPT/ALAT	(Inférieur à 35)	37,71 (28/10/23) 38,50 (31/03/22) 70,40 (06/01/22) 58,20 (04/09/20) ~~~~~
PHOSPHATASES ALCALINES	(40 - 150)	
GAMMA GT	(Inférieur à 40)	21,11 (28/10/23) 21,90 (31/03/22)

Ghizlane BENNIS
Pharmacien