

# 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.

## Diagnostique 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.

## Prothésaire :

- 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)

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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° M20- 0002305

60830

- ☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5215 Société : RATI  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : BENNANI KHIA ABDELRAHMAN  
 Date de naissance : 31.03.1951  
 Adresse : 75 RUE AL FOUAT 20370 Maarif  
 Casablanca  
 Tél. : 06 89 23 70 70 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Professeur Ahmed TAZI**  
 Agrégé en UROLOGIE  
 201, Rue Mustapha El Maâni  
 3è Etage N°10 Casablanca  
 Tél : 0522 27 14 76  
 Date de consultation : 16-FEV-2021  
 Nom et prénom du malade : Mohamed M. Zelfgh  
 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 : Casablanca Le : 16-FEV-2021  
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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 FEV 2021      |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
|  | 16/02/21 | 413,30                |
|  |          |                       |
|  |          |                       |
|  |          |                       |
|  |          |                       |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date       | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------------|------------------------------|------------------------|
|   | 18/03/2021 | B720, P.V.T                  | 989,80 dh              |
|   |            |                              |                        |
|   |            |                              |                        |
|   |            |                              |                        |
|   |            |                              |                        |

# AUXILIAIRES MEDICAUX

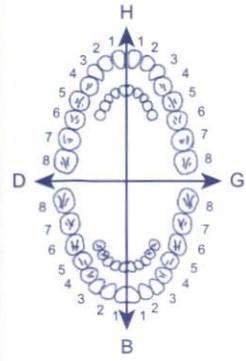
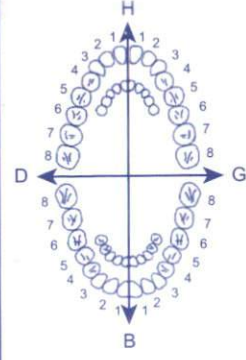
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |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

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

## Important :

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

| 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE<br><div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>             H<br/>             25533412<br/>             00000000<br/>             D           </div> <div>             21433552<br/>             00000000<br/>             G<br/>             00000000<br/>             35533411<br/>             B           </div> </div> |                  |             | Coefficient DES TRAVAUX |
|  | (Création, remont, adjonction)<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession  |                  |             | 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

**DOCTEUR AHMED TAZI**  
PROFESSEUR AGRÉGÉ EN UROLOGIE  
Ex. Chirurgien Urologue  
Hôpital Avicenne - Rabat  
Membre Association Américaine d'Urologie



**الدكتور أحمد التازي**  
أستاذ مبرز في المسالك  
جراح في مستشفى ابن سينا  
الرباط سابقا  
عضو الجمعية الأمريكية للألوجيا

*Signature*  
**CASABLANCA, LE: 16 FEV. 2021**

*106,70*  
*- Casura 2mg*  
*14*  
*153,30*  
*- Lincos 160*  
*2 gelus h 20 x 2g*  
*413,30*



LOT N° : 7 A  
LITAGE : 106,70  
P.P.V. : |

153,30  
153,30

**PHARMACIE DES STADES 2010**  
50, Rue Al Fourat - Casablanca  
Tél : 05 22 25 49 25  
RC : 245509 - Pte.: 35873067  
IF : 40436642

**Professeur Ahmed**  
**Agrégé en UROLOGIE**  
201, Rue Mustafa El Maâni  
3è Etage N°16 - Casablanca  
Tél : 0522.27.44.76

201، شارع مصطفى المعاني الطابق الثالث الرقم 16 - الدار البيضاء  
201, Rue Mustafa El Maâni 3ème Etage N° 16 - Casablanca  
Tél. : 05 22 27 44 76 - E-mail : ahmed.tazi@laposte.net  
Consultation sur Rendez-vous

**DOCTEUR AHMED TAZI**  
PROFESSEUR AGRÉGÉ EN UROLOGIE  
Ex. Chirurgien Urologue  
Hôpital Avicenne - Rabat  
Membre Association Américaine d'Urologie



**الدكتور أحمد التازي**  
أستاذ مبرز في المسالك  
جراح في مستشفى ابن سينا  
الرباط سابقا  
عضو الجمعية الأمريكية للأرلوجيا

M. Benmar M. Elghar

CASABLANCA, LE :

16 FEV. 2021

- PSA
- CRP
- NFS - VS
- uric - cholest
- CRU ± DW ± AMS

Laboratoire d'Analyses  
de Biologie Médicale  
Bir Anzane  
117 Bd. Bir Anzane - Casa  
ICE : 001728386000023  
INPE : 095555445

Professeur Ahmed TAZI  
Agrégé en UROLOGIE  
201, Rue Mustapha El Maân  
3<sup>ème</sup> Etage N°16 - Casablanca  
Tél : 0522.27.44.76

201، شارع مصطفى المعاني الطابق الثالث الرقم 16 - الدار البيضاء  
201, Rue Mustapha El Maâni 3<sup>ème</sup> Etage N° 16 - Casablanca  
Tél. : 05 22 27 44 76 - E-mail : ahmed.tazi@laposte.net  
Consultation sur Rendez-vous



**Laboratoire d'Analyses de Biologie Médicale Bir Anzarane**

117, Bd Bir Anzarane 20 100 Maarif Casablanca

Tél : 05 22 99 46 63/ 05 22 25 82 05 Fax : 05 22 98 09 11

ICE : 001748386000083

Patente : 35870583

IF : 01006693

CNSS : 7070999

Compte bancaire : BMCI Casa Normandie

RIB : 013 780 01802 000329 001 80 48

INPE : 093001196

Casablanca le : 18-03-2021

**Mr. Abdelrhani BENNANI**

|            |            |
|------------|------------|
| FACTURE N° | 2103181025 |
|------------|------------|

**Récapitulatif des analyses**

| CN   | Analyse   | Val  | Clefs |
|------|---|------|-------|
| PS   | Prélèvement sang  | E25  | E     |
| 0216 | Numération Formule (Globules rouges/Blancs/plaquettes)  | B80  | B     |
| 0361 | Marqueur Tumoral :Antigène prostatique spécifique : PSA | B300 | B     |
| 0370 | C R P (Protéine C réactive)                             | B100 | B     |
|      | Examen cyto bactériologique des urines                  | B150 | B     |
| 0118 | Glycémie  | B30  | B     |
| 0135 | Urée  | B30  | B     |
| 0223 | VS  | B30  | B     |

Total de B : 720

|               |           |
|---------------|-----------|
| TOTAL DOSSIER | 989.80 DH |
|---------------|-----------|

Arrêtée la présente facture à la somme de : neuf cent quatre-vingt-neuf dirhams quatre-vingts centimes

Laboratoire d'Analyses  
de Biologie Médicale  
Bir Anzarane  
117, Bd. Bir Anzarane - Casa  
ICE : 001748386000083  
INPE : 093001196



**EXAMEN MICROSCOPIQUE**

|                         |                       |        |
|-------------------------|-----------------------|--------|
| Leucocytes :            | <10 / mm <sup>3</sup> | (0-10) |
| Hématies :              | <5 / mm <sup>3</sup>  | (0-5)  |
| Cellules épithéliales : | Absence               |        |
| Cylindres :             | Absence               |        |
| cristaux :              | Absence               |        |

**EXAMEN BACTERIOLOGIQUE**

Examen direct : Absence de germes  
Culture : Négative.

Fin du compte rendu

Laboratoire Bir Anzarane  
Bd Bir Anzarane  
CASABLANCA





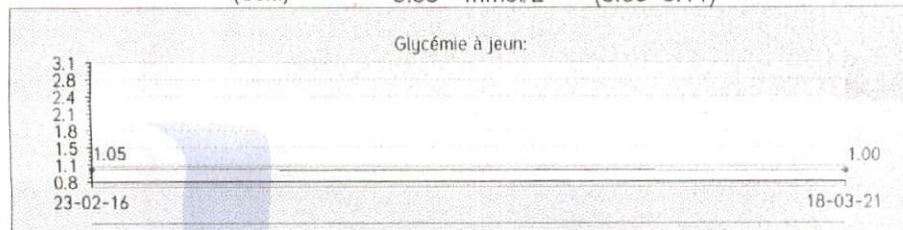
**BIOCHIMIE SANGUINE**

Roche Cobas 6000

Urée: 0.41 g/l (0.10-0.50)  
(Soit:) 6.83 mmol/l (1.67-8.34)

Glycémie à jeun: 1.00 g/L (0.70-1.10)  
(Soit:) 5.55 mmol/L (3.89-6.11)

23-02-2016  
1.05



**PROTEINES SPECIFIQUES**

Protéine C-réactive: 7.4 mg/L (<5.0)

**MARQUEURS**

PSA total: 3.09 ng/mL (<4.00)

**BACTERIOLOGIE**

**EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES**

**EXAMEN MACROSCOPIQUE**

Aspect : Légèrement trouble.

**BIOCHIMIE PAR BANDELETTE**

pH: 6.0  
Glucose: Absence.  
Protéines: Absence.  
Corps Cétoniques: Absence.  
Sang: Absence.



Prescripteur : Dr AHMED TAZI

Dossier ouvert le : 18-03-2021 08:56

Edité le : 19-03-2021

Réf : 2103181025

Mr. BENNANI Abdelrhani

Page 1 / 3

Compte Rendu d'Analyse

Laboratoire certifié AFNOR ISO 9001:2015 N° 2 020/85901

## HEMATOLOGIE

### NUMERATION FORMULE SANGUINE Sysmex XT2000

#### NUMERATION

|               |       |                   |                |
|---------------|-------|-------------------|----------------|
| Leucocytes :  | 3 930 | /mm <sup>3</sup>  | (4 000-10 000) |
| Hématies :    | 5.23  | M/mm <sup>3</sup> | (4.00-5.70)    |
| Hémoglobine : | 15.5  | g/100ml           | (12.5-17.2)    |
| Hématocrite : | 44.8  | %                 | (37.0-49.0)    |
| VGM :         | 85.7  | μ <sup>3</sup>    | (80.0-101.0)   |
| TCMH :        | 29.6  | pg                | (27.0-33.0)    |
| CCMH :        | 34.6  | g/100ml           | (29.0-36.0)    |

#### FORMULE

|                               |       |                  |               |
|-------------------------------|-------|------------------|---------------|
| Polynucléaires Neutrophiles : | 31.9  | %                | (40.0-75.0)   |
| Soit:                         | 1 254 | /mm <sup>3</sup> | (2 000-7 500) |
| Polynucléaires Eosinophiles : | 3.3   | %                | (1.0-4.0)     |
| Soit:                         | 130   | /mm <sup>3</sup> | (100-400)     |
| Polynucléaires Basophiles :   | 0.5   | %                | (0.0-1.0)     |
| Soit:                         | 20    | /mm <sup>3</sup> | (0-150)       |
| Lymphocytes :                 | 53.9  | %                | (20.0-45.0)   |
| Soit:                         | 2 118 | /mm <sup>3</sup> | (1 500-4 000) |
| Monocytes :                   | 10.4  | %                | (2.0-12.0)    |
| Soit:                         | 409   | /mm <sup>3</sup> | (200-800)     |

#### PLAQUETTES

|                |         |                  |                   |
|----------------|---------|------------------|-------------------|
| Plaquettes :   | 237 000 | /mm <sup>3</sup> | (150 000-400 000) |
| VMP:           | 10.1    | fl               |                   |
| VS.1ère heure  | 20      | mm               | (<15)             |
| VS 2ième heure | 34      | mn               |                   |

Biologistes Responsables :

- Dr. A. AZEDDOUG

- Dr. N. BAAJ

**Laboratoire certifié AFNOR ISO 9001:2015 n° 2020/85901**

Laboratoire Bir Anzarane  
17, Bd. Bir Anzarane  
CASABLANCA  
Dr. N. BAAJ  
Pharmacien biologiste