

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.

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

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° P19- 051626

ND: 30172

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1279 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Bengakew Alkhoujidi Age: 1279

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 :

Le : 12 / 06 / 2022

Signature de l'adhérent(e) : 

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-051626

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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										
				Montant des soins										
				Début d'exécution										
				Fin d'exécution										
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux	Montant des soins										
	<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> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553		
	H													
	25533412	21433552												
00000000	00000000													
00000000	00000000													
35533411	11433553													
(Création, Remont, adjonction)		Date du devis												
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		Fin de												

VOLET ADHERENT	NOM : <u>W18-376123</u>	Mle <u>1279</u>
DECLARATION N°		
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
<u>17/06/20</u>	<u>1038,10</u>	
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



W18-376123

DATE DE DEPOT

17/06/2020

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle <u>1279</u>
Nom & Prénom <u>BEN ZAKOUR Abdelmajid</u>		
Fonction : <u>RETRAITE</u>	Phones <u>06 17 52 66 99</u>	
Mail		
MEDECIN	Prénom du patient <u>Abdelmajid</u>	
Adhèrent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age	Date <u>15/04/2020</u>
Nature de la maladie <u>Dabete 2me</u>		Date 1ère visite
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé de honoraires
	<u>2</u>	<u>598,90</u>
PHARMACIE		
Date <u>15/04/2020</u>		
Montant de la facture		
<u>598,90</u>		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		
Date : <u>14/04/2020</u>		
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
<u>B130</u>	<u>189,20</u>	
AUXILIAIRES MEDICAUX		
Date :		
Nombre		Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM
		IV

Docteur WAFO Abderrahim
Endocrinologue - Diabétologue
7, Rue Adoua - Casablanca
Tél: 28.19.70



CENTRE DE BIOLOGIE ET D'ANALYSES MEDICALES
Dr Hicham OUAHANI TOUHAMI
Biologiste
394, Bd. Zerktouni - Casablanca
Tél: 05 22 27 46 96 - Fax: 05 22 27 45 13

Dr. Wafdi Abderrahim

Diplômé de la Faculté de Médecine
de Paris

ENDOCRINOLOGUE - DIABETOLOGUE

Diabète - Cholestérol - Hypertension
Obésité - Thyroïde

Casablanca, le 15/4/20

Mr BEN ZOUHRA Abdelhadi

28,00x6

Alapine 1001 2x2 - HA

66,30x3

Dosule 200 2x2 - HA

35,70

Alapine 1001 2x2 - HA

44,80

Ipomopran 200 2x2 - HA

99,00

Tegmine 100 2x2 - HA

52,40

Imetax 250 2x2 - HA

598,90

الدكتور وافي عبد الرحيم
اختصاصي من كلية الطب بباريز

أمراض الغدد - مرض السكر - الملح

الكوليسترول - السمّة

PER: 02 2021

DAONIL 5MG
CP SEC B60
P.P.V.: 66DH30
6 118000 060055

DAONIL 5MG
CP SEC B60
P.P.V.: 66DH30
6 118000 060055

DAONIL 5MG
CP SEC B60
P.P.V.: 66DH30
6 118000 060055

LOT: 192886
EXP: 35,70
P.P.V.: 44DH90
PER: 09/22
LOT: 12174

751 09 22
LOT PER
Prix 99,00

SMECTA 3G
SACHETS B30
P.P.V.: 52DH40
6 118000 011460

LOT 191910
EXP 12/2022
PPV 28.00DH

LOT 191910
EXP 12/2022
PPV 28.00DH

LOT 191910
EXP 12/2022
PPV 28.00DH

LOT 191907
EXP 11/2022
PPV 28.00DH

LOT 191910
EXP 12/2022
PPV 28.00DH

LOT 191910
EXP 12/2022
PPV 28.00DH

Dr. Wafdi Abderrahim

Diplômé de la Faculté de Médecine
de Paris

ENDOCRINOLOGUE - DIABETOLOGUE

Diabète - Cholestérol - Hypertension
Obésité - Thyroïde

الدكتور وافدي عبد الرحيم
اختصاصي من كلية الطب بباريس

أمراض الغدد - مرض السكر - الملح

الكوليسترول - السمنة

Casablanca, le 14/11/20 في الدار البيضاء،

x BENZOUAM Abdelmajid

Je soussigné, Benzaïm Abdelmajid,

CENTRE DE BIOLOGIE DE CASABLANCA
Dr Hicham OUAZZANI TOUHAMI
Biologiste
394, Bd. Zerkouni - Casablanca
Tél: 05 22 27 48 96 - Fax: 05 22 27 49 13

secteur 05 22 27 48 96
ENDOCRINOLOGUE - DIABETOLOGUE
2, Rue Pyrénées
Roudani: 05 22 27 48 96

2. زنفة عبد الله راجيع (بريني سابقا) - زاوية شارع ابراهيم الروداني - المعاريف - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22.25.19.70

2, Rue Abdallah RAJAI (Ex. Pyrénées) - Angle Bd. Brahim Roudani - Maârif - CASABLANCA - Tél. : 05 22.25.19.70

Mr BENZAKOUR Abdelmajid
01-01-1945

LABORATOIRE CBC



20040513

0000



CENTRE DE BIOLOGIE DE CASABLANCA



394, Boulevard Zerktouni – Résidence le Casablanca – Bourgogne – CASABLANCA
Tél : 0522 27 48 96 – Fax : 0522 27 49 13 – Patente : 35405458 – INP : 093001006
CNSS : 6369949 IF : 40110273 – ICE : 001699292000019

FACTURE N° : 200400107

Casablanca le 14-04-2020

Mr BENZAKOUR Abdelmajid

Date de l'examen : 14-04-2020

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	E15	E
0118	Glycémie	B30	B
0119	Hémoglobine glycosylée	B100	B

Total des B : 130

TOTAL DOSSIER : 189.20 DH

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

CENTRE DE BIOLOGIE DE CASABLANCA
Dr. Hicham ZERKTOUNI
Tél : 0522 27 48 96
Fax : 0522 27 49 13



CENTRE DE BIOLOGIE DE CASABLANCA

مختبر التحليلات الطبية

Laboratoire de Biologie Médicale

BIOCHIMIE - HEMATOLOGIE - BACTERIOLOGIE - VIROLOGIE - IMMUNOLOGIE - PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE - P.M.A.



د. هشام الوزاني التهامي

Dr. Hicham OUAZZANI TOUHAMI

Pharmacien Biologiste

Ancien interne et Attaché au C.H.U. de Montpellier
D.U. de Fertilité Humaine de la Faculté de Médecine
de Montpellier - D.U. d'Assurance Qualité de la Faculté
de Pharmacie Paris V



ACCREDITATION N° 8-4177
Portées disponibles
sur www.cofrac.fr

Seuls les résultats identifiés
par le symbole [AC] sont couverts
par l'accréditation

Dossier ouvert le : 14-04-2020

Prélevé le : 14-04-2020

Edité le : 14-04-2020

Mr BENZAKOUR Abdelmajid

Réf dossier: 20040513

Dr ABDERRAHIM WAFDI
2 RUE ABDALLAH MAARIF
CASABLANCA

Page N° : 1 / 1

Valeurs références

Antériorités

BIOCHIMIE SANGUINE GÉNÉRALE ET SPÉCIALISÉE

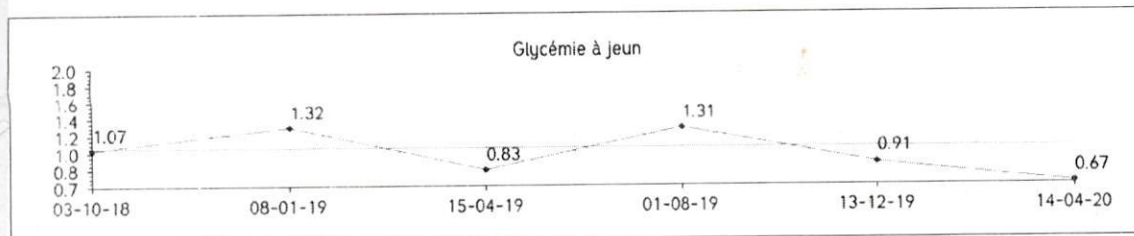
Glycémie à jeun [AC]
(Dosage enzymatique)

0.67 g/L
3.72 mmol/L

(0.74-1.09)
(4.11-6.05)

13-12-2019

0.91



Hémoglobine glyquée (HBA1C)
(Technique HPLC/D10 BIORAD)

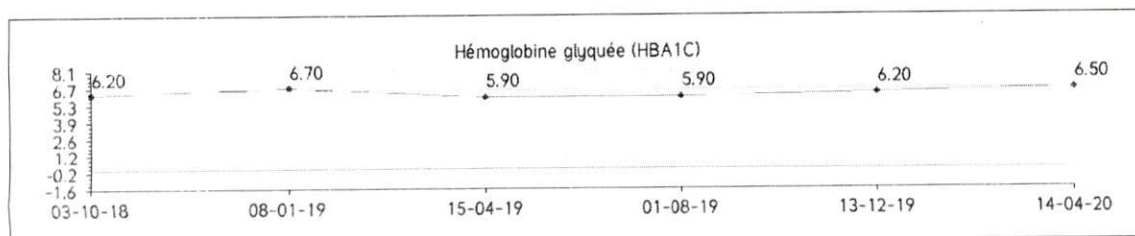
6.5 %

13-12-2019

6.2

Interprétation :

Sujet non diabétique : 4.0-6.0
Sujet diabétique : >ou= 6.5
Valeurs souhaitables diabète type 2 : <ou= 6.5



CENTRE DE BIOLOGIE DE CASABLANCA
Dr Hicham OUAZZANI TOUHAMI
Biologiste
394, Bd. Zerktouni - Casablanca
Tél: 05 22 27 48 96 - Dr. Ouazzani

Prélèvement à domicile sur rendez-vous

394, Bd. Zerktouni - Resd. Le Casablanca - Bourgogne - 20040 Casablanca Tél.: 05 22.27.48.96 / 05 22.47.29.46 / 06 61.79.86.18 - Fax : 05 22.27.49.13
E-mail : labocbc@gmail.com - Site web : www.laboratoirecbc.com - INP : 093001006 - Patente : 35405458 - C.N.S.S.: 6368949 - IF: 40110273 - ICE: 001699292000019