

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.

Biologie 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.

Éducation :

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.

Prothésiste :

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

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

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 : Bengatkar Abdellah 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 ADHÉRENT

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des <input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Début d'exécution <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/> Coefficient des travaux <input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Date du devis <input type="text"/> Fin de <input type="text"/>										
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire													
		<table border="1"> <tr> <td rowspan="4" style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> <td rowspan="4" style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> <p>(Création, Rémont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				D	H	21433552	G	25533412	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553
D	H	21433552	G												
	25533412	00000000													
	00000000	00000000													
	35533411	11433553													
VOLET ADHERENT		NOM : <u>7.7.</u>		Mle 1279											
DECLARATION N°		W18-376123													
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes													
17/06/20	1.038,10														
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 1279	MEDECIN Nom & Prénom <u>BEN ZAKOUR Abdellah</u> Fonction : <u>RETRATE</u> Phones. <u>06.17.53.62.99</u> Mail <u></u> MEDECIN Prénom du patient <u>BEN ZAKOUR Abdellah</u> Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Age <u></u> Date <u>15/06/20</u> Nature de la maladie <u></u> Date 1ère visite <u></u> <u>Docteur WAFDI</u> <u>Docteur WAFDI Abderrahim</u> <u>Endocrinologue Diabetologue</u> <u>7, Rue Pétain 16 - 28.10.70</u> <u>2020</u> PHARMACIE Date <u>15/06/2020</u> Montant de la facture <u>598,90</u> <u>PHARMACIE</u> <u>Centre de Bourg en Bresse</u> <u>Dr Hicham OUAFI Biologue</u> <u>304, Bd. Zarka 05 - Genolier</u> <u>Tel: 03 22 27 48 36 - Fax: 03 22 27 45 13</u>	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances				
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires		
		<u>5</u> <u>2020</u>		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date : <u>15/06/2020</u>		
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires			
<u>B.130</u>	<u>189,20</u>			
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date :		
Nombre AM <input type="text"/> PC <input type="text"/> IM <input type="text"/> IV <input type="text"/>		Montant détaillé des Honoraires		

Dr. Wafdi Abderrahim

Diplômé de la Faculté de Médecine
de Paris

ENDOCRINOLOGUE - DIABETOLOGUE

Diabète - Cholestérol - Hypertension
Obésité - Thyroïde

الدكتور وافدي عبد الرحيم
الخاصي من كلية الطب بباريز

أمراض الغدد - مرض السكر - الملح

الكوليستيرونول - السمنة

Casablanca, le

15/11/20

الدار البيضاء، في

Dr Ben Zemmour Hospital

29,00 x 6

Metformine 1000 mg x 21

105 x 21 - ₩ 3

LOT : 19E001
PER : 10/2021

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

6 118000 0600055

66,30 x 3

Domperidone 10 mg x 32

103 x 32 - ₩ 3

LOT : 19E001
PER : 10/2021

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

6 118000 0600055

35,40

Alprazolam 0,5 mg x 28

LOT : 19E001
PER : 10/2021
192886
35,20
U. 6.2021
Cast

44,80

Ipsoptopran 200 mg x 30

LOT : 19E001
PER : 06/2022
44,90
U. 6.2021
Cast

99,00

Metformine 1000 mg x 21

LOT : 19E001
PER : 06/2022
751 09 22
Prix : 99,00
Dec : 2022

52,40

Imetelastat 250 mg x 10

LOT : 19E001
PER : 04/2022
SMECTA 3G
SACHETS B30
P.P.V : 52DH40

6 118000 011460

05/25/10/20

الدار البيضاء - المعريف - شارع إبراهيم الروదاني - الهات :

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

الدكتور وافدي عبد الرحيم

Diplômé de la Faculté de Médecine
de Paris

ENDOCRINOLOGUE - DIABETOLOGUE

Diabète - Cholestérol - Hypertension Obésité - Thyroïde

أمراض الغدد - مرض السكر - الملح

لكل مستر ول - السمنة

الدار البيضاء، في ١٤١٤٧٢٠ Casablanca, le

* Personen Meldejet

Problem der Römischen Sprache

CENTRE DE BIOLOGIE DE CASABLANCA
Dr. Hicham OUAZZANI TOUHAMI
Biologiste
304, Bd. Zerkoune - Casablanca
T: 05 22 27 48 96 - Fax: 05 22 27 49 13

DOCTEUR ~~WAN~~ INDOCRINOLOGIE DIABETOLOGIE
2, Rue Pyrénées ~~APL~~ 3
Toulouse ~~Marie~~ 31600

2، زنقة عبد الله راجع (بريني سابقا) - زاوية شارع ابراهيم الروданى - 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 M



20040513



CENTRE DE BIOLOGIE DE CASABLANCA



394, Boulevard Zerkouni – 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 CHAABANI TOURAMI
14-04-2020



CENTRE DE BIOLOGIE DE CASABLANCA

مختبر التحاليل 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



cofrac



EXAMENS
MÉDICAUX

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

Édité 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

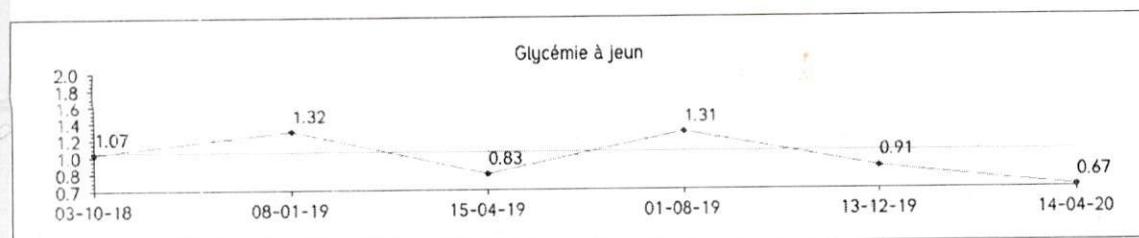
13-12-2019

Glycémie à jeun [AC]
(Dosage enzymatique)

0.67 g/L
3.72 mmol/L

(0.74-1.09)
(4.11-6.05)

0.91



13-12-2019

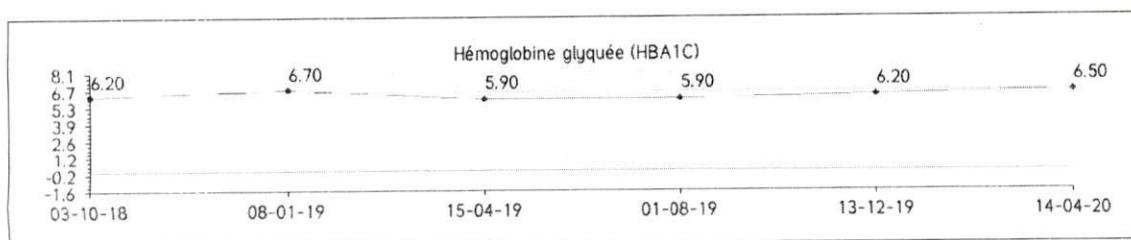
Hémoglobine glyquée (HbA1C)
(Technique HPLC/D10 BIORAD)

6.5 %

6.2

Interprétation :

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



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
Dr. Ouazzani

Prélèvement à domicile sur rendez-vous

394, Bd. Zerkouni - 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