

## 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

N° W19-464604

32386

### Maladie

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1285

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : CABRANE Abdellah

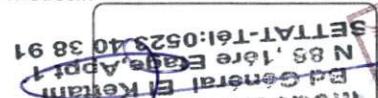
Date de naissance : 01-01-1948

Adresse : KAMAL II BLOC-A lotf-118 SETTAT

Tél. : 0664456419 Total des frais engagés : #1244,20 DHS

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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 : SETTAT

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 08/10/2020

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	05/06/20	# 936, 20 DH
		

ANALYSES - RADIGRAPHIES				
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires	
<b>L A B O R A T O I R E M Y R R O S</b> <b>14, BOULEVARD HORN MED V</b> <b>APPARTEMENT 7 . SEITA T</b> <b>TÉL : 06 23 40 55 17 . FAX : 06 23 40 55 13</b> <b>Site : <a href="http://www.hornmed.com">www.hornmed.com</a></b> <b>TOUR CHAMONIX</b> <b>SEITA T</b> <b>CHAMONIX</b> <b>06 23 40 55 17</b> <b><a href="mailto:hornmed@wanadoo.fr">hornmed@wanadoo.fr</a></b>	05/05/2003	05105520 Bz 130	168,00	

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	
<i>DR 067164446</i>	<i>16/5/2018</i>				

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF																
           <b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>  	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
				<b>CŒFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>												
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>												
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>												
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>												
<b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b>  <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> <b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel Therapeutique nécessaire à la profession	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553				<b>CŒFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
	H	25533412	21433552													
	D	00000000	00000000													
	G	00000000	00000000													
	B	35533411	11433553													
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>												
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>												
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>												

Dr. Fatima Ezzahra FAIZ

Médecine Générale  
Echographie

Nutrition et Diabète, Obésité  
Cholestérol, Maladies Rénale

الدكتورة فاطمة الزهراء فائز

الطب العام

الفحص بالصدى

التغذية والسكري السمنة

الكوليسترون أمراض الكلى



LOT	200219	PPV	0
EXP	04/2023	PER	0
PPV	107,60	LOT	107,60

LOT	200219	PPV	0
EXP	04/2023	PER	0
PPV	107,60	LOT	107,60

Nom et Prénom

ade :

### Ordonnance

Settat, le 05 JUIN 2020

Calme Aldelekh

107,60 x 3 ز) Staged 700



100 x 31 ج 0/14 م

126,00 x 3 2). Diptizer : 100 x 31 ج 0/14 م



78,70 x 2 3) Dicembre 100 x 31 ج 0/14 م



78,70

78,70

0/14 م

78,00

78,00

4) Bétaser



100 x 31 ج 0/14 م

0/14 م



PPV	126DH00	PPV	126DH00	PPV	126DH00
PER	03/23	PER	03/23	PER	03/23
LOT	J 684	LOT	J 684	LOT	J 684

رقم 2، شارع الجنرال محمد الكتاني رقم 88 الطابق الأول - شقة 1 - سطات - تلفون: 05 23 40 38 91  
N° 2, Angle Bd Général Kettani N° 88, 1<sup>er</sup> Etage Appt 1 Settat - Tél: 05 23 40 38 91

SETTAT-Tel: 0523 40 38 91  
 N° 61, rue El Kettani  
 Bd Général Ezzahra  
 DR. FAIZ Pafimie Ezzahra  
 Médical Généraliste  
 Dr. Généraliste  
 Dr. Généraliste  
 Dr. Généraliste  
 Dr. Généraliste

Nom/Prénom : *Qassem Abdellah* Age : .....

Le : *05 JUIN 2020*

# BILAN BIOLOGIQUE

## Hématologie

- NFS
- Plaquettes
- VS
- CRP
- Hémoculture + Antibiogramme

## Bilan martial

- Fer sérique
- CTF
- Ferritine
- Transferrine

## Hémostase

- Temps de prothrombine
- TCK
- Fibrinogène
- INR

## Bilan glycémique

- Glycémie à jeun
- HGPO
- Hémoglobine glyquée

## Ionogramme sanguin

- Na<sup>+</sup>
- K<sup>+</sup>
- Cl<sup>-</sup>
- Ca<sup>++</sup>
- Phosphore
- Mg<sup>++</sup>
- Bicarbonates (HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>)
- Urée
- Crétatine
- Acide urique

## Examen des urines

- Protéinurie des 24h
- ECBU + Antibiogramme

## Fonction hépatique et enzymologie

- Amylasémie
- Bilirubine libre et conjuguée
- Phosphatases ACIDES
- Phosphatases Alcalines
- Lactate Déshydrogénase LDH
- Transaminases ASAT, ALAT
- Gamma-GT
- CPK (Créatine Phosphokinase)
- Troponine
- Electrophorèse des protéines EPP

## Sérologie et immunologie

- TPHA-VDRL
- Hépatite B
  - Antigène Hbs
  - Anticorps Anti-Hbs
  - Anticorps Anti-Hbc
  - Anticorps Anti-Hbe
- Hépatite C
  - Anticorps Anti-HVC
- Sérologie Toxoplasmose
- Sérologie Rubéole
- Facteur Rhumatoïde (Latex, Waaler Rose)
- Anticorps anti-nucléaires
- Anticorps anti-DNA natif
- ASLO
- Dosage du complément
- Serologie HIV

## Examen parasitologique des selles + Coproculture

- 

## Bilan lipidique

- Cholestérol total
- Cholestérol HDL
- Cholestérol LDL
- Triglycérides

## Groupage sanguin et AC irréguliers

- ABO
- Rhésus
- RAI

## Bilan de la fonction thyroïdienne

- T3
- T4
- TSH

## Bilan de la fonction rénale

- Crétatine
- Urée plasmatique

## Exploration de la prostate

- PSA

## Enzymes musculaires

- LDH
- CPK
- CPK-mb

## Ionogramme urinaire

- Ca<sup>++</sup>
- Phosphore
- BORDEAUX AVERROES
- BLD MOHAMED V
- APPARTEMENT 7 . SETTAT
- TEL: 0523 40 56 92 . FAX: 0523 40 56 93
- mail: averroeslabm@gmail.com
- Urée
- Crétatine

Autres :



LABORATOIRE  
AVERROÈS

**Dr. Bouchra MIADI**

الدكتورة بشرى ميادى

Doctorat en Pharmacie

CES Bactériologie - Virologie / CES Hématologie - Immunologie

CES Biochimie / CES Parasitologie - Mycologie

Biochimie clinique Bactériologie médicale Hématologie clinique Immunologie  
Hormonologie - Oncologie Parasitologie - Mycologie Virologie médicale Spermiose

## Facture

ICE : 001931729000023

N° facture : 2020-1465

Date 05/06/2020

Date de prélèvement : 05/06/2020

Patient Mr CABRANE Abdellah

Analyses	Valeur en B	Montant
Glycémie à jeun	30	33,00
Hémoglobine glycosylée	100	110,00
<b>Total B</b>	<b>130</b>	<b>143,00</b>
<b>APB</b>	<b>1,0</b>	<b>15,00</b>
<b>Total</b>		<b>158,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de : Cent cinquante-huit dirhams\*\*\*





LABORATOIRE  
AVERROÈS

Dr. Bouchra MIADI

الدكتورة بشرى ميادى

Doctorat en Pharmacie

CES Bactériologie - Virologie / CES Hématologie - Immunologie

CES Biochimie / CES Parasitologie - Mycologie

Biochimie clinique Bactériologie médicale Hématologie clinique Immunologie  
Hormonologie - Oncologie Parasitologie - Mycologie Virologie médicale Spermiose

Demandé par Dr. : FAIZ FATIMA EZZAHRA

Mr CABRANE Abdellah

Code Patient : 16-00436

Réf : 050620-024



Settat

Examen du : 05/06/2020

Heure Pvt : 10:24:00 Edité le : 06/06/2020

## Compte rendu d'analyses

Page : 1/1

### BIOCHIMIE

Glycémie à jeun  
(Roche/ Cobas c111)

: 1,37 g/l

Valeurs Usuelles

( 0,7 - 1,1 )

Antériorité

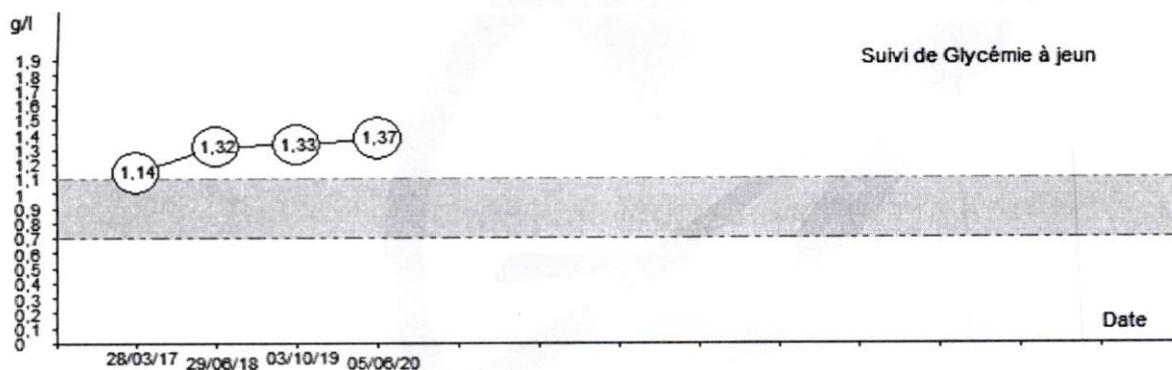
1,33 (03/10/19)

1,32 (29/06/18)

1,14 (28/03/17)

~~~

Suivi de Glycémie à jeun



Hémoglobine glycosylée  
(HPLC/Biorad D10)

: 7,80 %

( Inférieur à 6,5 )

7,60 (03/10/19)

7,50 (28/03/17)

~~~

Nous vous remercions de votre confiance

Signature

