

# 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](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° P19- 0041468

ND: 41276

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2792 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraité

Nom & Prénom : Bouzid Abdelmonem

Date de naissance : 06-01-1953

Adresse : Residence El Yagouti km 39.154

N° 2 Chaoui Casablanca

Tél. : 0663029901 Total des frais engagés : 2021,20 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03/09/2020

Nom et prénom du malade : Bouzid Abdelmonem Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Dermatose

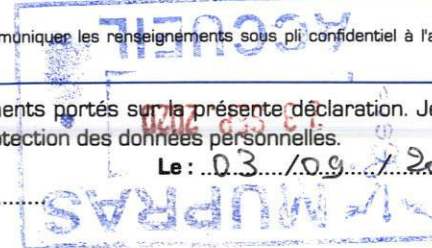
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : Casa Le : 03/09/2020

Signature de l'adhérent(e) :





[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	03/09/20	651,00

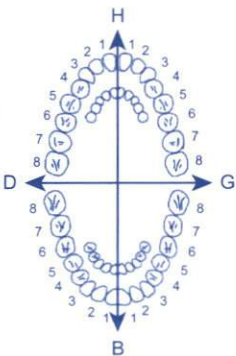
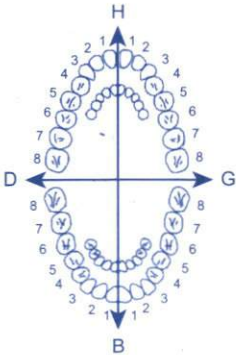
[illegible][illegible]

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

## Important :

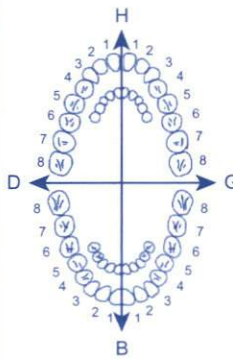
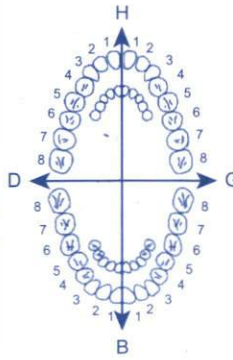
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

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"> <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> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	B															
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l

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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div><div>H</div><div><div>D</div><div><div>25533412</div><div>00000000</div></div><div><div>00000000</div><div>35533411</div></div><div>G</div></div><div><div>21433552</div><div>00000000</div></div><div><div>00000000</div><div>11433553</div></div><div>B</div></div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<div><div>(Création, remont, adjonction)</div><div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div></div>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU

Docteur Aïda ZEROUALI.O.

Dermatologue

- Maladies de la peau, des ongles, et du cuir chevelu
- Infections Sexuellement Transmissibles
- Dermatologie Esthétique, Cosmétologie, Lasers



الدكتورة عائدة زروالي وارثي

- إختصاصية في الأمراض الجلدية
- أمراض الجلد، الشعر والأظافر
- الأمراض التناسلية
- طب التجميل والليزر

Casablanca le ..... 03 SEPT 2020 .....

N° Bouzid Abdelmounaim

NFR

Glycémie à jeun

Ch Total - Triglyc

ASAT ALAT

urée créat

PSA

Electrophorèse des protéines

LABORATOIRE D'ANALYSES  
MEDICALES PORTE GHANDI  
- AZI Kerza  
159, bd Yacoub El Mansour. RDC.  
Casablanca  
Tel: 0522991974 / Fax: 0522991972

Docteur Aïda ZEROUALI.O.

إقامة ربح "D" (عملية Inwi) الطابق الأول زاوية بنز الزرآن - زقة فاند الأسيطر - الهاتف : 05 22 25 23 98

Résidence Ribh «D» (Immeuble Inwi) 1er Etage - Angle Bd Bir Anzarane et Rue Caïd Al Achtar - Tél.: 05 22 25 23 98

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

Docteur Aïda ZEROUALI.O.

Dermatologue

- Maladies de la peau, des ongles, et du cuir chevelu
- Infections Sexuellement Transmissibles
- Dermatologie Esthétique, Cosmetologie, Lasers



الدكتورة عائدة زروالي وارثي

- إختصاصية في الأمراض الجلدية
- أمراض الجلد، الشعر والأظافر
- الأمراض التناسلية
- طب التجميل والليزر

Casablanca le ..... 03 SEPT 2020

M. Bouzid Abdelmounaim

19800

1 - New Derm gel avant rasage

1 tablette à l'usage

210,00

2 - Excipial pour lotion

1 app 1 à 2 fois par jour

24300

3 - Topicalyx baume en spray

1 app 1 à 2 fois par jour

651,00

4 - Acnes ep : 1 cp 1 à 2 fois par jour x 15

Docteur Aïda ZEROUALI.O.

إقامة ربح "D" (عمارة Inwi) الطابق الأول زاوية بئر انزان - زنقة قائد الأسطر - الهاتف: 05 22 25 23 98

Résidence Ribh «D» (Immeuble Inwi) 1er Etage - Angle Bd Bir Anzarane et Rue Caïd Al Achtar - Tél.: 05 22 25 23 98

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

صيدلية الشرق  
PHARMACIE DE L'ORIENT  
Mme LAKHSASSI JABBARA Latifa  
213, Bd Yacoub El Mahjour - Casablanca  
Tél: 0522 36 75 51





مختبر التحاليل الطبية باب غاندي  
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES PORTE GHANDI  
Docteur TAZI KENZA  
Médecin Biologiste  
Bactério-Virologie-Parasito-Mycologie-Hématologie-Biochimie-Immunologie

**Facture**

N° facture 2020-2428

Patient Mr BOUZID Abdelmounaim

Date 15/09/2020

Analyses	Valeur en B
HEMOGRAMME	80
GLYCEMIE A JEUN	30
UREE	30
CREATININE	30
TRANSAMINASES	100
CHOLESTEROL TOTAL	30
TRIGLYCERIDES	50
ELECTROPHORESE DES PROTEINES	130
PSA Total	300
<b>Total B</b>	780
<b>Total</b>	1 070,20

LABORATOIRE D'ANALYSES  
MEDICALES PORTE GHANDI  
Dr. TAZI KENZA  
159, bd Yacoub El Mansour. RDC.  
Casablanca  
Tel: 0522991974 / Fax: 0522991972

Arrêtée la présente facture à la somme de : Mille soixante-dix dirhams 20 centimes\*\*\*



LABORATOIRE PORTE GHANDI

# مختبر التحاليل الطبية باب غاندي

## LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES PORTE GHANDI

Docteur TAZI KENZA  
Médecin Biologiste

Bactério-virologie - Parasito-mycologie - Hématologie - Biochimie - Immunologie

Casablanca, le 17/09/2020

Code Patient 16-00300

Nom : Mr BOUZID Abdelmounaim

Dossier N° : 150920-015

Prélèvement du: 15/09/2020 10

Demandé par Dr : ZEROUALI.O AIDA



### Compte rendu d'analyses

#### ANALYSES D'HEMATOLOGIE

##### HEMOGRAMME

			Valeurs Usuelles	Antériorités
GLOBULES ROUGES	:	4,93 $10^6/mm^3$	( 4,5 - 6 )	4,68 (09/03/16)
HEMOGLOBINE	:	14,60 g/dl	( 13 - 17 )	13,90 (09/03/16)
HEMATOCRITE	:	45 %	( 40 - 54 )	41 (09/03/16)
VGM	:	92 fL	( 80 - 95 )	88 (09/03/16)
TCMH	:	30 pg	( 27 - 32 )	30 (09/03/16)
CCMH	:	32 g/dl	( 32 - 36 )	34 (09/03/16)
GLOBULES BLANCS	:	6600 $/mm^3$	( 4000 - 10000 )	8200 (09/03/16)

##### FORMULE LEUCOCYTAIRE

NEUTROPHILES	:	50 %	3300 $/mm^3$	( 2000 - 7500 )	4838 (09/03/16)
EOSINOPHILES	:	4 %	264 $/mm^3$	( Inférieur à 500 )	246 (09/03/16)
BASOPHILES	:	0 %	0 $/mm^3$	( Inférieur à 150 )	0 (09/03/16)
LYMPHOCYTES	:	39 %	2574 $/mm^3$	( 1500 - 4000 )	2460 (09/03/16)
MONOCYTES	:	7 %	462 $/mm^3$	( 40 - 800 )	574 (09/03/16)
PLAQUETTES	:	236000	$/mm^3$	( 150000 - 400000 )	244000 (09/03/16)



# مختبر التحاليل الطبية باب غاندي

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES PORTE GHANDI

Docteur TAZI KENZA  
Médecin Biologiste

Bactério-virologie - Parasito-mycologie - Hématologie - Biochimie - Immunologie

LABORATOIRE PORTE GHANDI

Dossier N° : 150920-015

Mr BOUZID Abdelmounaim

## ANALYSES DE BIOCHIMIE (SANG)

			Valeurs Usuelles	Antériorités
GLYCEMIE A JEUN	:	1,03 g/l	( 0,7 - 1,1 )	1,12 (09/03/16)
		5,72 mmol/l	( 3,89 - 6,11 )	
UREE	:	0,37 g/l	( 0,15 - 0,45 )	0,44 (09/03/16)
		6,17 mmol/l	( 2,5 - 7,5 )	
CREATININE	:	11,33 mg/l	( 7 - 13 )	11,02 (09/03/16)
		100,27 µmol/l	( 79,65 - 115,05 )	
TRANSAMINASES				
SGOT/ASAT	:	19 UI/l	( Inférieur à 40 )	11 (09/03/16)
SGPT/ALAT	:	21 UI/l	( Inférieur à 40 )	13 (09/03/16)
CHOLESTEROL TOTAL	:	2,28 g/l	( Inférieur à 2 )	2,02 (09/03/16)
		5,88 mmol/l	( Inférieur à 5,16 )	
TRIGLYCERIDES	:	0,96 g/l	( Inférieur à 1,5 )	1,14 (09/03/16)
		1,09 mmol/l	( Inférieur à 1,7 )	

## ANALYSES IMMUNOLOGIQUES

### ELECTROPHORESE DES PROTEINES

(Voir ci-joint)

PROTIDES TOTAUX : 62,00 g/l ( 60 - 80 )

## MARQUEURS TUMORAUX

		Valeurs Usuelles	Antériorités
PSA TOTAL	:	0,56 ng/ml	0,35 (09/03/16)

#### Interprétation en fonction de l'âge

< 40 ans	: < 1.72 ng/ml
40 - 49 ans	: < 2.19 ng/ml
50 - 59 ans	: < 3.42 ng/ml
60 - 69 ans	: < 6.16 ng/ml
> 69 ans	: < 6.77 ng/ml

Nous vous remercions de votre confiance et vous souhaitons bon rétablissement

Le Biologiste

159, Bd Yacoub Al Mansour, RDC • Rond-point Oulmès (Angle Bd Yacoub Al Mansour - Bd Ghandi) • Casablanca

Tél.: 05 22 99 19 74 • Fax: 05 22 99 19 72 • Mail: laboporteghandi@gmail.com

ICE: 001649573000049 • R.C: 398866 • I.F: 40437085 • T.P: 35803360 • CNSS: 8871388 • INPE: 093060960



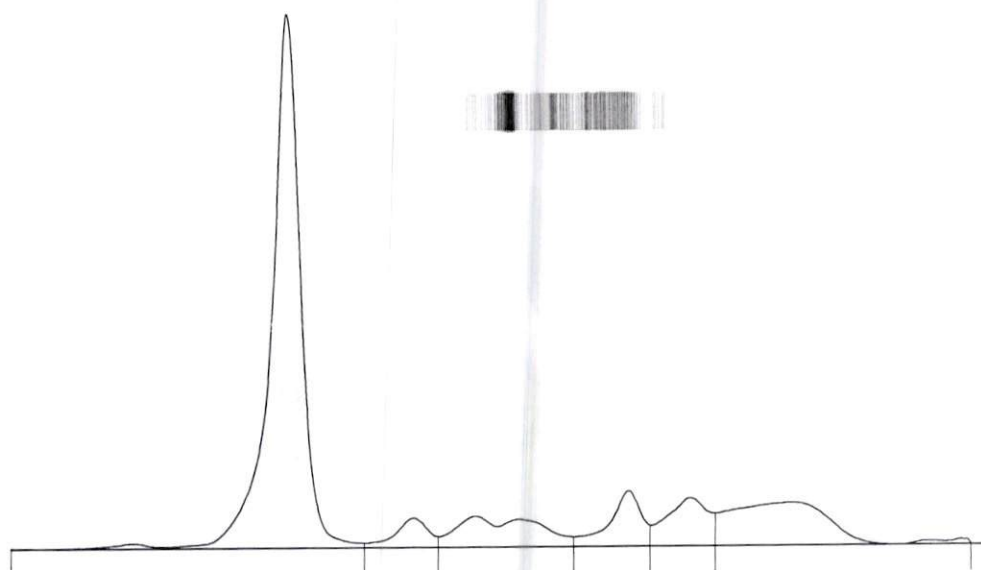
Nom/Prénom : **BOUZID Abdelmounaim**

Date de prélèvement : 15/09/2020

Dossier 162009151788

**Electrophorèse des protéines sériques**

*Technique capillaire Minicap flex piercing Sebia*



Nom	%	Normales %	g/L	Normales g/L
Albumine	58,6	55,8 - 66,1	36,3	40,2 - 47,6
Alpha 1	3,5	2,9 - 4,9	2,2	2,1 - 3,5
Alpha 2	8,8	7,1 - 11,8	5,5	5,1 - 8,5
Beta 1	6,5	4,7 - 7,2	4,0	3,4 - 5,2
Beta 2	7,1	3,2 - 6,5	4,4	2,3 - 4,7
Gamma	15,5	11,1 - 18,8	9,6	8,0 - 13,5

P.T. : 62 g/L

Rapp. A/G : 1,42

Commentaire  
Profil normal.