

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° W19-519714

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0944 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : 09.01.1930

Date de naissance : HALMONY Abdelmajid

Adresse : COOP ALICHAFA II n° 31 Sidi Maarouf

Tél. : 0638.33.54.57 CASABLANCA

Total des frais engagés : 102440 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 27/10/2020

Nom et prénom du malade : EL TOUFIK EL BACHA

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

Nature de la maladie : HTA

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

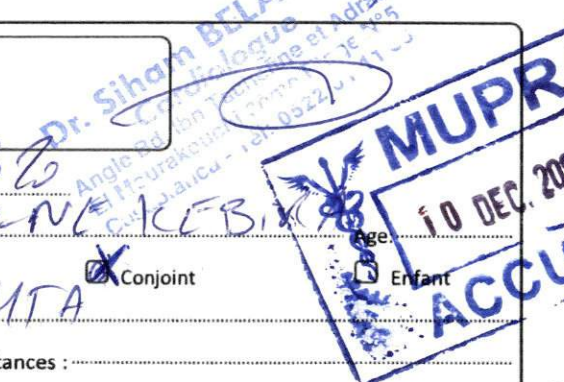
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

50967



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
27.10.2022	2500H			INP : 051041186

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

27/10/2022

774.40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient

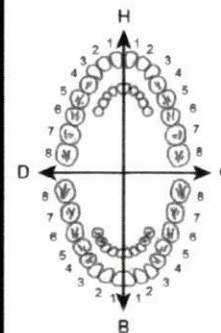
INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION



O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE

H		G	
25533412	21433552		
00000000	00000000		
D			
00000000	00000000		
35533411	11433553		
	B		

[Création, remont, adjonction]

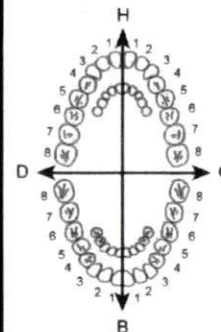
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

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

Casablanca (au dessus de Acima et BMCE) - Tél. : 05 22 61 11 38

Alpraz® 0,5 mg

28 comprimés sécables



6 118000 020530

LOT 200906 1
EXP 04 2023
PPV 35,70

Alpraz® 0,5 mg

3 comprimés sécables



6 118000 020530



6 118001 100873

Cardensiel® 5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 58,10 DH

7862160239



6 118001 100873

Cardensiel® 5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 58,10 DH

7862160239



6 118001 100873

Cardensiel® 5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 58,10 DH

7862160239

LOT 201593 1
EXP 07 2023
PPV 35,70

PPV:164DH70



5 391189 330381

PPV:164DH70



5 391189 330381

LOT 2015015
PER:01 2024

LASILIX 40MG

20CP SEC

P.P.V.:34DH60



6 118000 060468

Alpraz® 0,5 mg

28 comprimés sécables



6 118000 020530

LOT 201643 1
EXP 07 2023
PPV 35,70

Alpraz® 0,5 mg

28 comprimés sécables



6 118000 020530

LOT 201643 1
EXP 07 2023
PPV 35,70

☒ **valable 3 mois**

Le 27/10/2022

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. : Zi Kouna Kebina

Présente HTA & etc

Nécessitant un traitement d'une durée de : 30 le plus

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

Dr. Siham BELAICHE
Cardiologue
Angle Bd. Ibn Rachid et Adrar
El Hachem
Tél : 0522 22 78 15



Laboratoire
EVOLULAB

d'Analyses de Biologie Médicales

Dr. Aziz MOTAOUAKKIL

- Pharmacien Biologiste Diplômé de la Faculté de Pharmacie de Lyon

- Ex Interne des Hôpitaux de Lyon

- Diplôme de Biologie de la Reproduction de Besançon

Hématologie - Bactériologie - Parasitologie - virologie - Biochimie - Immunologie

P M A (Biologie de la Reproduction : IAC - FIV - ICSI)

Date du prélèvement : 16-09-2020 à 09:15

Code patient : 1909272011

Né(e) le : 22-03-1932 (88 ans)

Mme Kebira ZITOUNE EP HALMONY

Dossier N° : 2009162008

Prescripteur : Dr SIHAM BELAICHE



(**):

Prise de sang: **

HEMATOLOGIE

NUMERATION GLOBULAIRE(Sysmex XT-1800i)

27-12-2019

Leucocytes **	9.34	G/L	(3.90-10.20)	9.35
Hématies **	4.31	T/L	(3.85-5.20)	4.60
Hémoglobine **	12.9	g/dL	(11.8-15.8)	13.7
Hématocrite **	37.1	%	(35.0-45.5)	39.6
V.G.M **	86.1	fL	(80.0-101.0)	86.1
T.C.M.H **	29.9	pg	(27.0-34.0)	29.8
C.C.M.H **	34.8	g/dL	(30.0-36.0)	34.6

FORMULE LEUCOCYTAIRE(Sysmex XT-1800i)

Poly. Neutrophiles **	49.6	%		52.4
Soit **	4.63	G/L	(1.50-7.70)	4.90
Poly. Eosinophiles **	3.7	%		2.6
Soit **	0.35	G/L	(0.02-1.10)	0.24
Poly. Basophiles **	0.2	%		0.2
Soit **	0.02	G/L	(<0.35)	0.02
Lymphocytes **	42.3	%		40.7
Soit **	3.95	G/L	(>1.00)	3.81
Monocytes **	4.2	%		4.1
Soit **	0.39	G/L	(0.10-2.70)	0.38
PLAQUETTES(Sysmex XT-1800i) **	276	G/L	(150-450)	270

Commentaire : **

Numération formule sanguine normale

BIOCHIMIE SANGUINE GÉNÉRALE ET SPÉCIALISÉE

Aspect du sérum à 4°: **

Limpide

- Acide Urique

(Dosage enzymatique) **

80 mg/L

(26-60)

22-07-2020

68

- Urée

(Urease sur AU480)

0.39 g/l

(0.15-0.55)

6.49 mmol/L

(2.50-9.16)

22-07-2020

9.5

- Créatinine **

(Test colorimétrique enzymatique)

7.4 mg/L

(5.0-12.0)

65.5 μmol/L

(44.3-106.2)

2009162008 - Mme Kebira ZITOUNE EP HALMONY

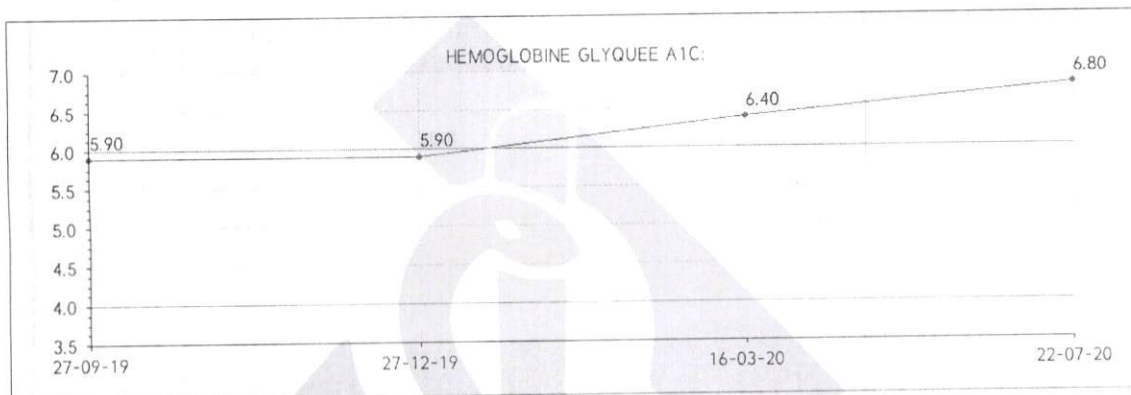
22-07-2020

HEMOGLOBINE GLYQUEE A1C:
(Méthode de Référence: HPLC sur GX 723) **

6.5 % (4.0-6.0)

6.8

*Patient non diabétique : 4-6 %
Objectif de thérapie : < 7 %
Modification de thérapie : > 8 %*



- Cholestérol total
(Méthode: CHOD-PAP)

2.60 g/l (<2.20)
6.73 mmol/L (<5.69)

- HDL-Cholestérol **
(Méthode: Immunoinhibition)

0.42 g/L (>0.35)
1.09 mmol/L (>0.91)

- LDL-Cholestérol **

1.71 g/L (<1.50)
4.42 mmol/L (<3.88)

Concentrations "Cibles" de LDL-Cholestérol à atteindre en fonction du nombre de facteurs de risque cardiovasculaire :

Patient à haut risque cardiovasculaire*	3 facteurs de risque	2 facteurs de risque	1 seul facteur de risque	Aucun facteur de risque
< 1,0 g/l	< 1,3 g/l	< 1,6 g/l	< 1,9 g/l	< 2,2 g/l

* ATCD de maladie cardiovasculaire, diabète de type 2 à haut risque, risque élevé de survenue d'un événement coronarien dans les 10 ans.

- Triglycérides
(Méthode: GPO-PAP)

2.34 g/l (<2.00)
2.64 mmol/L (<2.26)

Acceptable : < 2.0 g/l
Limite haute : 2.0-4.0 g/l
Elevée : > 4.0 g/l

- Protéine C-réactive (CRP)
(Immunoturbidimétrie) **

7.6 mg/L (0.0-5.0)

(**) :



Laboratoire
EVOLULAB

d'Analyses de Biologie Médicales

Dr. Aziz MOTAOUAKKIL

- Pharmacien Biologiste Diplômé de la Faculté de Pharmacie de Lyon

- Ex Interne des Hôpitaux de Lyon

- Diplôme de Biologie de la Reproduction de Besançon

Hématologie - Bactériologie - Parasitologie - virologie - Biochimie - Immunologie

P M A (Biologie de la Reproduction : IAC - FIV - ICSI)

2009162008 - Mme Kebira ZITOUNE EP HALMONY

Validé par le biologiste

Laboratoire MOTAOUAKKIL
Dr. Aziz MOTAOUAKKIL
Tél : 05 22 95 03 34 - Fax : 05 22 94 77 45
E-mail : evolulab@hotmail.com
RC : 267035 - ICE : 001666539000001



SEP. 14 2020 15:33
ID= AGE=

AC, DERIVAT

ZITOM ICE-BIRA

