

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° W19-563300

61486

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 08767		Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif		<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	
Nom & Prénom : A. L. Z. Boullioud		<input type="checkbox"/> Autre :	
Date de naissance : 06-03-68			
Adresse : Casablanca - Maroc - 10000 - 10000 - 10000 - 10000			
Tél. : 067217358		Total des frais engagés : Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Docteur Zoubir BOUSSAIDI - Hôpital CHOUFAT - Casablanca - 10000 - Tel: 022 41443 - Fax: 022 404012			
Date de consultation : 15/01/2021			
Nom et prénom du malade : Benkhris Iyad Age: 52			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Hemopathie			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous un sceau de cire à l'intention 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 :
 Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE 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
15/09/2025	ca			IN: 15/09/2025 Achraf CHOUFFAT DOSSIER N°: 1234567890-040-70

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		<i>153-022-243</i> <i>Tel: 01 45 22 24 30</i>

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																			
<p>SOINS DENTAIRES</p>	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>															
COEFFICIENT DES TRAVAUX				<input type="text"/>															
MONTANTS DES SOINS				<input type="text"/>															
DEBUT D'EXECUTION				<input type="text"/>															
FIN D'EXECUTION				<input type="text"/>															
<p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p>	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																		
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">21433552</td> <td style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">11433553</td> <td></td> </tr> </table>			H		G	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553		
	H		G																
	25533412	21433552	D																
	00000000	00000000	G																
	00000000	00000000	B																
	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"/>															
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																			

HEMATOLOGISTE

ONCOLOGIE PEDIATRIQUE

Ancien Enseignant Faculté de Médecine
et C.H.U Ibn Rochd (Casablanca)

Ancien assistant F.F.

Institut Gustave Roussy (Villejuif - France)

Sur Rendez-vous

إخصاصي في أمراض الدم

أنكلوجيا الأطفال

أستاذ مساعد سابقا بكلية الطب

والمركز الجامعي ابن رشد (الدار البيضاء)

مساعد سابقا

بمعهد كوسوفاف روسي

(فيل جويف - فرنسا)

بالموعد

Nom et Prénom : Z. BOUZIBR

Date : 15/09/2022

Dr Z

BILAN BIOLOGIQUE



Faire faire SVP ;

NFS Plaquettes.

Réticulocytes.

Etude Morphologie des Hématies.

Etude Morphologie des Plaquettes.

Etude Morphologie des Leucocytes.

Cellules Anormales.

Férritinémie.

Fer Serique.

CTF.

Etude des Hémoglobines en HPLC.

Urée

VS

Hémoglobine Glycosylée.

Créatinine

Clairance à la Créatinine.

CRP

Glycémie.

Triglycérides.

Cholestérol, LDH, HDL.

Electrophorèse des Protéines Sériques.

IF Protéines Sériques.

Dosage Pondéral chaînes légères libres.

GOT- GPT- Ph. Alcalines- GGT.

Haptoglobine.

LDH.

BT-BC.

Sérologie Hbs Ag-Ac.

TSHus - T4l - T3

Sérologie HCV

HTLV.

Ionogramme Sanguin.

HIV 1-2

Parvovirus.

EBV développée

RAI

Test Coombs Direct.

Waaler rose

Anti SSA.

Recherche de Cryoglobulines.

Ac Anti-DNA natif.

Anti Peptides Citrullines.

Réaction au Latex

TCA.

Fibrinémie.

Ac. Anti-nucléaires.

Homocystéine.

TCA avec preuve T+M.

TP.

Tps saignement (IVY)

Protéine S.

Ac Anti-phospholipides.

Dosage Protéine AT3

Autres.....

Bilan à faire S.V.P le

15/9

DOCTEUR Zoubir CHOUFFAI
HEMATOLOGIE
ONCOLOGIE PEDIATRIQUE
HEMATOLOGIE

05.22.40.40.70 - شارع باحث محمد بن القديير - الدار البيضاء - الهاتف : 05.22.24.81.61/63 - 05.22.24.37.41/43 - الفاكس : 05.22.24.81.61/63 - 05.22.24.37.41/43 - Fax : 05.22.40.40.70

En Cas d'Urgence : Clinique Val d'Anfa - Tél. : 0 522.39.69.39 / 06.61.33.74.37

LABORATOIRE TAZI D'ANALYSES MEDICALES

78, Rue d'Alger - CASABLANCA

Tél. : 0522 27 28 08 - 27 53 88 - 27 52 39 . Fax : 0522 29 64 86

I.F 40 30 32 50 ICE 001656516000089 INPE: 093001246



T.P : 35 504 101 - CNSS : 1121946 - R.C. : 187112 01

Casablanca le mardi 15 septembre 2012 Monsieur BOUKHRIS IYAD

FACTURE N°	315638
------------	--------

Analyses :

Hémato : Numération formule plaquettes -----	B	80	
Chimie : Bilirubines Totale, libre et co -----	B	70	
Chimie : Créatinine -----	B	30	
Chimie : Ferritine -----	B	250	
Chimie : Transaminases -----	B	100	
Chimie : Phosphatases alcalines -----	B	50	
Chimie : Protéine C réactive -----	B	100	Total : B 680

Prélèvements :

Sang-----	Pc	1,5
-----------	----	-----

TOTAL DOSSIER	936,20 DH
---------------	-----------

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Neuf Cent Trente Six Dirhams et Vingt Centimes



مختبر التازي للتحاليل الطبية

LABORATOIRE TAIZI D'ANALYSES MEDICALES

TAZI MOHAMED



TAZI KARIM

PHARMACIENS BIOLOGISTES - DIPLOMES D'ETUDES SPECIALES DE BIOCHIMIE, IMMUNOLOGIE,
HEMATOLOGIE, BACTERIOLOGIE ET VIROLOGIE

Docteur ZOUBIR CHOUFFAI

152, Boulevard Ba Hmad

Clinique du Belvédère

CASABLANCA

Examen du 15/09/20 - Edité le 15/09/20

Monsieur BOUKHRIS IYAD

Réf. : 20I802

Page : 1/2

ANALYSES

RESULTATS

UNITES

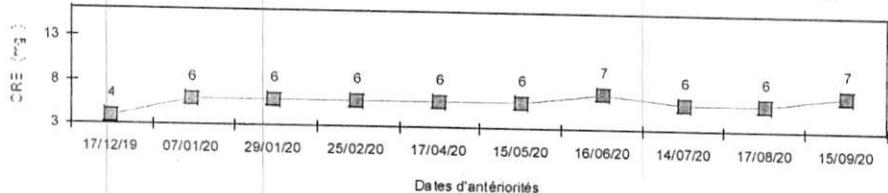
NORMALES ANTECEDENTS

NUMERATION SANGUINE (AUTOMATE SYSMEX XT-4000i)

HEMATIES -----	4,76	106/mm ³	4,2 - 5,55	17/08/2020
HEMOGLOBINE -----	14,1	g/100 ml	12 - 18	4,57
HEMATOCRITE -----	43,4	%	33 - 54	13,7
- VGM -----	91	μ ³	83 - 98	41,9
- TGMH -----	30	pg	27 - 33	92
- CGMH -----	32	g/100 ml	30 - 35	30
LEUCOCYTES -----	6 300	/mm ³	4000 - 10000	5900
<u>FORMULE</u>				
POLYNUCLEAIRES NEUTROPHILES -----	44	%	30 - 60	41
ou	2 772	/mm ³	2000 - 7500	2419
POLYNUCLEAIRES EOSINOPHILES -----	5	%	1 - 3	5
ou	315	/mm ³		295
POLYNUCLEAIRES BASOPHILES -----	0	%	< 1	0
ou	0	/mm ³		0
LYMPHOCYTES -----	42	%	30 - 60	44
ou	2 646	/mm ³	1500 - 6500	2596
MONOCYTES -----	9	%	2 - 10	10
ou	567	/mm ³		590
PLAQUETTES -----	216 000	/mm ³	150000 - 400000	200000

BIOCHIMIE (AUTOMATE ROCHE COBAS 6000)

BILIRUBINE TOTALE -----	4	mg/l	3 - 10	8
ou	7	μmol/l		
BILIRUBINE LIBRE -----	2	mg/l	3 - 10	5
ou	3	μmol/l		
BILIRUBINE CONJUGUEE -----	2	mg/l		3
ou	3	μmol/l		
CREATININNE -----	7	mg/l	6 - 12	6
ou	62	μmol/l		





مختبر التازي للتحاليلات الطبية

LABORATOIRE TAIZI D'ANALYSES MEDICALES

TAZI MOHAMED

NF EN ISO 9001:2008
ASCIL
CERTIFICAT MA-2015-XIV.
QUALITATEM
www.ascil-qualitatem.fr

TAZI KARIM

PHARMACIENS BIOLOGISTES - DIPLOMES D'ETUDES SPECIALES DE BIOCHIMIE, IMMUNOLOGIE,
HEMATOLOGIE, BACTERIOLOGIE ET VIROLOGIE

Docteur ZOUBIR CHOUFFAI

152, Boulevard Ba Hmad

Clinique du Belvédère

CASABLANCA

Examen du 15/09/20 - Edité le 15/09/20

Monsieur BOUKHRIS IYAD

Réf. : 20I802

Page : 2/2

ANALYSES

RESULTATS

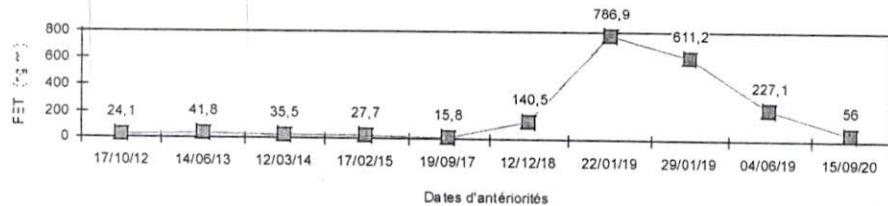
UNITES

NORMALES ANTECEDENTS

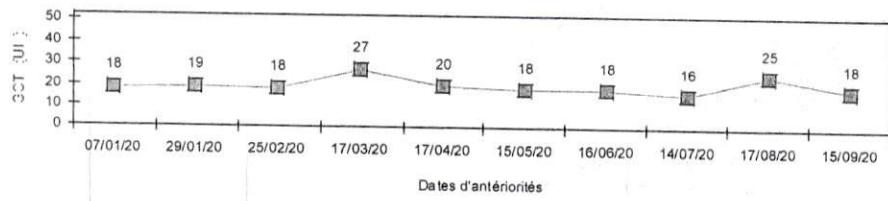
FERRITINE ----- 56,0 ng/ml 04/06/2019 227,1

Valeurs usuelles

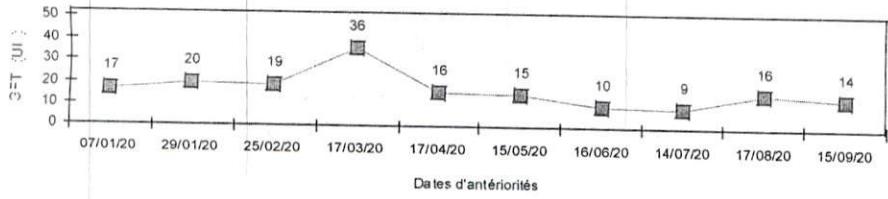
Homme adulte : 30 - 400
Femme adulte : 13 - 150:
Enfant : 7 - 140



TRANSAMINASES OT ----- 18 UI/I 17/08/2020 25



TRANSAMINASES PT ----- 14 UI/I < 40 17/08/2020 16



PHOSPHATASES ALCALINES ----- 156 UI/I < 455 17/08/2020 145

PROTEINE C REACTIVE ----- 1,0 mg/l < 6 17/08/2020 1,0