

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.

Diagnostic 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 canaux, 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 canaux.

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° M20- 0002815

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1063 Société : LAHARBI Mohamed
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraité
Nom & Prénom : ALAL BEN ABDELLAH
Date de naissance : 01/06/1970
Adresse :
Tél. : 05 22 94 86 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation :
Nom et prénom du malade : Age :
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 :
Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M20-02815

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des																				
				Montant des soins																				
				Début d'exécution																				
				Fin d'exécution																				
O.D.F. Prothèses dentaires 	Détermination du coefficient masticaire		Coefficient des travaux	Montant des soins																				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553				
	H		G																					
	25533412	21433552																						
00000000	00000000																							
00000000	00000000																							
35533411	11433553																							
(Création, Remont, adjonction)		Date du devis																						
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		Fin de																						



W18-378679

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle
Nom & Prénom		LAHOUI Mohamed
Fonction	Phonies	25399455
Mail		
MEDECIN		Prénom du patient LAHOUI MOHAMED
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>
Age	01/06/51	
Date		
Nature de la maladie		Date 1ère visite
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes		Nbre de Coefficient
C2		250
ECK-ABD		200
Montant détaillé des honoraires		4500H
PHARMACIE		Date
Montant de la facture		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date : 08/10/2020
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
B1080	1470,000H	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date :
Nombre		Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM
		IV

MUPRAS

17 DEC. 2020

ACCUEIL

MABCHOUR Jami
Spécialiste en Médecine Intern.
27, Bd Mohammed VI
Tél: 0539320943/0808399281/0808399282

LABORATOIRE SEKKAT
R.D.C. 71, Bd de la Résistance, Tanger
Tél: 05 39 34 13 13 Fax: 05 39 34 34 04
IMPE 163001027



عيادة الطب الباطني CABINET DE MEDECINE INTERNE



Dr. MABCHOUR Jamal

Spécialiste en Médecine Interne

Certificat de Permis de Conduire

الدكتور مبشور جمال

أخصائي في الطب الباطني

شهادة رخصة السياقة

طنجة، في Tanger, le

7/1/20
Dr. MABCHOUR
JAMAL

ⓐ IMMUNO phendoxyl
lymphocyte
CRP ASAT
ⓑ ASAT
ⓐ ASAT

LABORATOIRE SEKNA
R.D.C. 70, Bd. de la Résistance
Tanger
Tél: 05 39 34 13 13 - Fax: 05 39 34 34 04
INPE 163001027

6h 21h
N° adhesion
589 145
Infection a répétition
etc

Dr. MABCHOUR Jamal
Spécialiste en Médecine Interne
27, Bd. Mohammed V
Tanger
Tél: 05 39 32 09 43 - 08 08 39 92 81 - 06 66 95 04 37

27، شارع محمد الخامس، عمارة التجاري وفابنك (قرب البريد المركزي) - طنجة

27, Bd. Mohammed V, Imm. Attijari Wafa Bank (à côté de la Poste) - TANGER

الهاتف : 05 39 32 09 43 - 08 08 39 92 81 - 06 66 95 04 37

Reçu : LABORATOIRE SEKKAT D'ANALYSES MEDICALES

Tél. : 0539 34 13 13 - Fax: 0539 34 34 04

TANGER

Le : 08/10/20

Dossier : 20J482

75552

B : 1080

de : Monsieur LAHOUÏ MOHAMMED

Montant total : 1 472,20 DH

Analyses : NFS GOT GPT CRP IPT

Montant du : 1 470,00 DH

Montant payé : 1 470,00 DH

Reste : 0,00 DH

LABORATOIRE SEKKAT D'ANALYSES MEDICALE

RDC, 70 Bd de la Résistance (Ex Quevedo)
TANGER

INPE: 163001027

Tél.: 0539 34 13 13 - Fax.: 05 39 34 34 04

E. Mail: labosek2@gmail.com

Docteur Moncef SEKKAT
Pharmacien Biologiste

ICE: 001619062000025

If: 83100121 Patente: 50483100 CNSS 2481373

BMCI: 013 640 01063 001284 001 81 92

Tanger le 8 octobre 2020

Monsieur LAHOU MOHAMMED

FACTURE N°	96370
------------	-------

Analyses :

Numération formule sanguine -----	B	80	
Transaminases SGOT (ASAT) -----	B	50	
Transaminases SGPT (ALAT) -----	B	50	
Protéine C réactive -----	B	100	
Immuno-phenotypage lymphocytaire -----	B	800	Total : B 1080

Prélèvements :

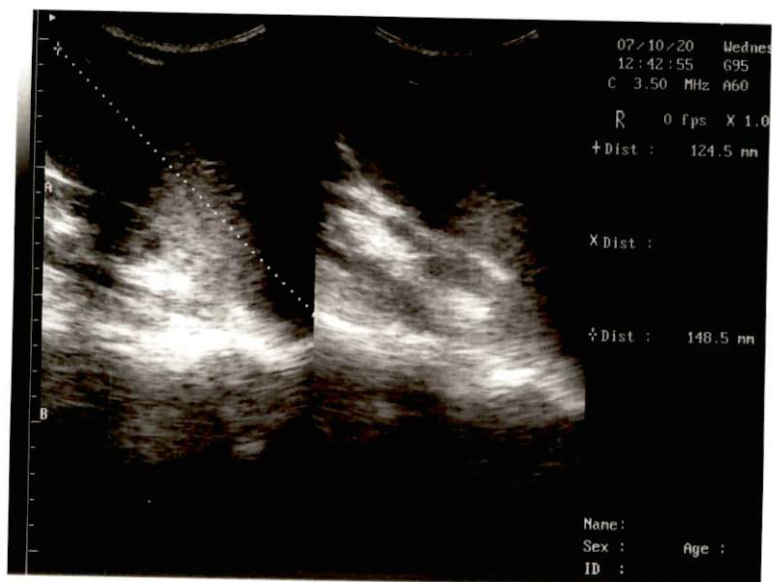
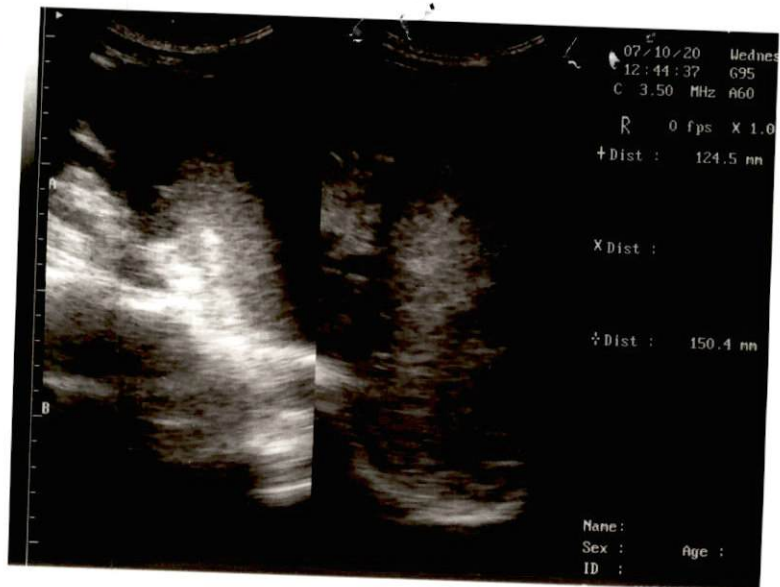
Sang-----	Pc	2
-----------	----	---

TOTAL DOSSIER	1 470,00 DH
---------------	-------------

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Mille Quatre Cent Soixante Dix Dirhams

LABORATOIRE SEKKAT
R.D.C. 70, Bd de la Résistance - TANGER
Tél.: 0539 34 13 13 - Fax: 05 39 34 34 04
INPE 163001027



foie
S27.
=
S27 CA27
S27 S27 phenotype
lymphocyte

- Foie H27 S27 S27

- Rate S27 S27 S27

- Reins R27

es S27 140 mm

MABCHOUR Jamal
Spécialiste en Médecine Interne
27, Bd Mohammed V
001 21 980839928 / 0666950437

LABORATOIRE SEKKAT D'ANALYSES MEDICALES

RDC, 70 Bd de la Résistance (Ex Quevedo)
TANGER

Tél. : 0539 34 13 13 - Fax.: 05 39 34 34 04
E. Mail: labosek2@gmail.com

Docteur Moncef SEKKAT
Pharmacien Biologiste
Ancien interne des Hopitaux de Montpellier

Dossier ouvert le : 08/10/20
Prélèvement effectué à 09:45
Edition du : 16/10/20

Monsieur LAHOUI MOHAMMED
Docteur JAMAL MABCHOUR
Réf. : 20J482

DN : 01/06/1951

Page : 1/2

Compte Rendu d'Analyses

HEMATOLOGIE

NUMERATION FORMULE SANGUINE-RETICULOCYTES (AUTOMATE SYSMEX XT2000)

		Normales		Antériorités
		(Homme Adulte)		02/10/20
HEMATIES -----	4,00 * M/mm ³	4,4 - 5,7		4,07
HEMOGLOBINE -----	10,7 * g/100 ml	13,5 - 17,5		10,9
HEMATOCRITE -----	34,0 * %	40 - 50		34,4
- VGM -----	85 μ ³	85 - 95		85
- CCMH -----	31,5 g/100 ml	30 - 36		31,7
- TCMH -----	26,8 pg	26 - 32		26,8
PLAQUETTES -----	84 000 * /mm ³	150000 - 400000		113000
LEUCOCYTES -----	18 850 * /mm ³	4000 - 10000		21710
* NEUTRO. : 19,1 % (VN: 40 - 75) soit-----	3 600 /mm ³	2000 - 7500		4233
* EOSINO. : 4,1 % (VN: 1 - 4) soit-----	773 /mm ³	100 - 400		651
* BASO. : 0,3 % (VN: < 1) soit-----	57 /mm ³	< 150		43
* LYMPHO. : 62,4 % (VN: 20 - 45) soit-----	11 762 /mm ³	1500 - 4000		15870
* MONO. : 14,1 % (VN: 2 - 8) soit-----	2 658 /mm ³	200 - 800		912

ASPECT SUR FROTTIS : Lymphocytose, faite de petits lymphocytes murs.

CHIMIE DU SANG

(AUTOMATE ROCHE: INTEGRA 400+)

SGOT (ASAT) à 37 °C -----	44 * UI/l	< 36
SGPT (ALAT) à 37 °C -----	21 UI/l	< 45
PROTEINE C REACTIVE (seuil: 0,1mg/l) -----	6,4 * mg/l	< 5

Dr. Moncef SEKKAT
R.D.C. 70, Bd. de la Résistance - Tanger
Tél.: 05 39 34 13 13 - Fax: 05 39 34 34 04
INPE 163001027

LABORATOIRE SEKKAT D'ANALYSES MEDICALES

RDC, 70 Bd de la Résistance (Ex Quevedo)
TANGER

Tél. : 0539 34 13 13 - Fax.: 05 39 34 34 04
E. Mail: labosek2@gmail.com

Docteur Moncef SEKKAT
Pharmacien Biologiste
Ancien interne des Hopitaux de Montpellier

Dossier ouvert le : 08/10/20
Prélèvement effectué à 09:45
Edition du : 16/10/20

Monsieur LAHOUI MOHAMMED
Docteur JAMAL MABCHOUR
Réf. : 20J482

DN : 01/06/1951

Page : 2/2

Compte Rendu d'Analyses

ANALYSES SPECIALISEES

Dr. Moncef SEKKAT
R.D.C. 70, Bd de la Résistance - Tanger
Tél.: 05 39 34 13 13 - Fax: 05 39 34 34 04
INSEE 163001027