

## 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 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° W19-426893

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9947 Société : RAT

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENCHARKI - OMAR

Date de naissance : 05/05/1969

Adresse : Groupe G N° 10 DEROUA NOUVESSUR

Tél. : 06 61 19 48 03 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01/01/2020

Nom et prénom du malade : DULHAJ - FATIMA Age : 36 ans

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.

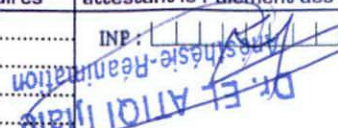
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /


Signature de l'adhérent(e) : BENCHARKI



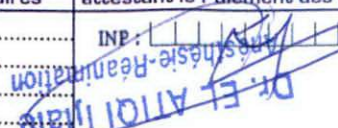
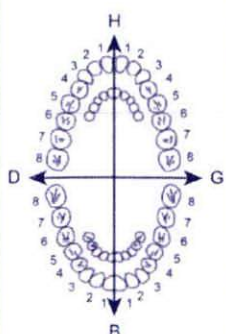
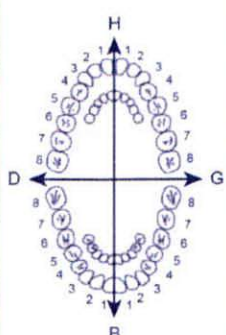


RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
20/10/2019	Généraliste			INP : 

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	20/10/19	TB=100 +Pct.5	154,00 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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'O.D.F.																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 														
				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"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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																		

# أجيال AJIAL



مصحة الطفل و الرضيع  
CLINIQUE PEDIATRIQUE

Casablanca, le : 30/12/2019

M. Toulay Fekine

El Caphorce D'HL

Dr. BOUZOUBAA Abderrazek / مختبر بوزوبع  
LABORATOIRE BOUZOUBAA  
d'Analyses Médicales et Scientifiques  
11 Bd. Zerktouni Rés. Taryya Casablanca  
Tél: 0522 27 19 20 / 0522 26 57 49

Dr. EL ATIQI Ijlale  
Anesthésie Réanimation





مختبر بوزوبع للتحليلات الطبية  
LABORATOIRE BOUZOUBAA  
d'analyses médicales et scientifiques

إقامة طرفاية 11 شارع الزرقطوني البيضاء - الهاتف : 05 22 27 19 20 - 05 22 26 57 43  
RESIDENCE TARFAYA : 11, BD ZERKTOUNI - CASA - Tél. : 05.22.27.19.20 / 05.22.26.57.43  
Email : laboratoire.bouzoubaa@gmail.com Fax : 05 22 22 94 25 الفاكس

Casablanca le mardi 31 décembre 2019 Madame OULHAJ FATIMA

FACTURE N°		196325	
Analyses :			
Electrophorèse de l'hémoglobine	B	100	Total : B 100
Prélèvements :			
Sang	Pc	1,5	
TOTAL DOSSIER			154,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Cent Cinquante Quatre Dirhams

**Abderrahim BOUZOUBAA**

Pharmacien Biologiste

Ancien Interne des CHU de France

CES hématologie, bactériologie

Virologie, parasitologie, mycologie et pathologie médicale

R.C. : 195994 - C.N.S.S. : 1207291 - I.F. : 42000050 - Patente : 36300170 - ICE : 001553918000012

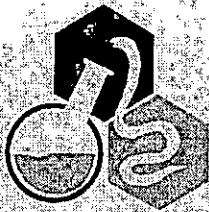
**عبد الرحيم بوزوبع**

صيدلي بيولوجي

داخلي سابقا بمستشفيات فرنسا

إختصاصي في التحليلات الطبية والعلمية : علم الدم، علم المناعة

علم الأحياء الدقيقة، علم الطفيليات وعلم الأمراض الطبية



# مختبر بوزوبع للتحليلات الطبية

## LABORATOIRE BOUZOUBAA

### d'analyses médicales et scientifiques

إقامة طرفاية 11 شارع الزركطوني البيضاء - الهاتف : 05 22 27 19 20 - 05 22 26 57 43  
 RESIDENCE TARFAYA : 11, BD ZERKTOUNI - CASA - Tél. : 05.22.27.19.20 / 05.22.26.57.43  
 Email : laboratoire.bouzoubaa@gmail.com فاكس : 05 22 27 94 25

Casablanca le: 31/12/19

Madame OULHAJ FATIMA

Du: 31/12/19

Docteur ILALE EL ATIQI

Page : 1

#### ELECTROPHORESE DE L'HEMOGLOBINE

Hémoglobine A	97,8	%
Hémoglobine A2	1,7	%
Hémoglobine F	0,5	%

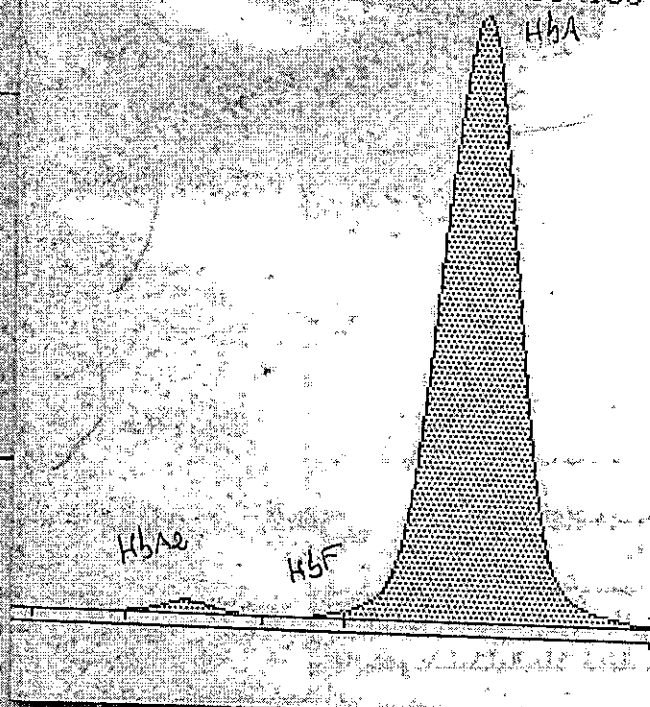
Profil Electrophorenque normal à interpreter en fonction de la NFS et du bilan martial.

Un profil normal dans un contexte de microcytose sans carence martiale n'exclut pas une Alpha-thalassemie ou une Beta-thalassemie dite silencieuse.

En cas d'anémie microcytaire par carence martiale il est conseillé de renouveler l'examen de l'hémoglobine après correction de la carence si la microcytose persiste.

Age	HbA1	HbA2	HbF
1 jour à 3 jours	> 20,00	< 1,50	< 80,00
4 jours à 6 jours	> 25,00	< 1,50	< 75,00
1 semaine	> 30,00	< 1,50	< 70,00
2 semaines	> 35,00	< 1,50	< 65,00
3 semaines	> 40,00	< 1,50	< 60,00
4 semaines	> 45,00	< 1,50	< 55,00
5 à 7 semaines	> 49,00	< 1,50	< 50,00
2 mois	> 59,00	< 1,50	< 40,00
3 mois	> 78,50	< 1,50	< 20,00
4 mois	> 83,50	< 2,50	< 15,00
5 mois	> 88,50	< 2,50	< 5,00
6 mois	> 93,00	< 2,50	< 5,00
Plus de 6 mois	> 96,50	< 3,50	< 2,00

3, rue Max. Robespierre 92130 ISSY



**Abderrahim BOUZOUBAA**

Pharmacien Biologiste

Ancien Interne des CHU de France

CES hématologie, bactériologie

Virologie, parasitologie, mycologie et pathologie médicale

R.C. : 195994 - C.N.S.S. : 1207291 - Patente : 36300173

I.F. : 42000050 - ICE : 001553918000012