

## 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.

N° W19-426893

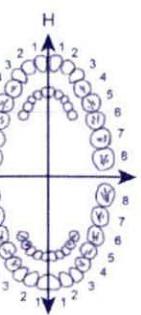
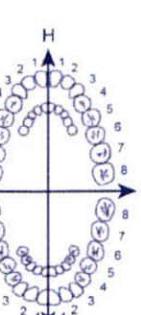
<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e) <b>16236</b>			
Matricule : <b>99147</b>		Société : <b>RAT</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif		<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	
Nom & Prénom : <b>BENCHARKI - OMAR</b>		<input type="checkbox"/> Autre :	
Date de naissance : <b>25/05/1969</b>			
Adresse : <b>Groupe G N° 10 DEROUA NEUSSER</b>			
Tél. : <b>06 61 19 48 03</b>		Total des frais engagés : ..... Dhs	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : <b>DULHAJ - FATIMA</b>	
Nom et prénom du malade : <b>DULHAJ - FATIMA</b>	
Age : <b>36 ans</b>	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 :	Signature de l'adhérent(e) : <b>BENCHARKI</b>
Le :	<b>TO JAN 2020</b>
ACCUEIL	

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
ABOUDOUAAB BORA TORE BOUZOU Analyses Médicales et Scientifiques Bamako - Mali Téléphone: 20 / 0522 28 57	19/04/19	TB-100 + Pct 5	151400

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																
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.																
<b>SOINS DENTAIRES</b> 	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b> 	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table>		25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		00000000	00000000	<hr/>		35533411	11433553	CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	<hr/>															
	00000000	00000000														
	<hr/>															
	35533411	11433553														
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																

# AJIAL أجيال



مصحة الطفل والرضيع  
CLINIQUE PEDIATRIQUE

Casablanca, le : 20/12/2019

Mouloud Akoua

Echographie ♂ HG

Dr BOUZOUBAA Abderrahmane  
دكتور بوذوباء عبد الرحيم  
Laboratoire BOUZOUBAA  
لaboratoire BOUZOUBAA  
d'Analyses Médicales et Scientifiques  
1/Bd Zerktouni R�st. Tardaya Casablanca  
Télé: 0522 27 19 20 / 0522 26 57 49

Dr. EL ATIQI Ijlale  
Anesthésio Réanimation



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

إقليم طرقابة 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

Casablanca le mardi 31 décembre 2015 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

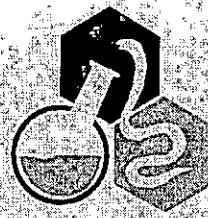
عبد الرحيم بوزوبع

صيدلي ببيولوجي

داخلي سابق بمستشفيات فرنسا

اختصاصي في التحاليلات الطبية والعلمية : علم الدم، علم المناعة

علم الأحياء الدقيقة، علم الطفيلييات وعلم الأمراض الطبية



# مختبر بوزوباع للتحاليل الطبية

## LABORATOIRE BOUZOUBAA

### d'analyses médicales et scientifiques

إقامة: طرابلسية 11 شارع الزرقطوني البيضاء - الهاتف : 05.22.27.19.20 - 05.22.26.57.43  
 RESIDENCE TARFAYA : 11, BD ZERKOUNI - CASA - TEL : 05.22.27.19.20 / 05.22.26.57.43  
 Email : laboratoire.bouzoubaa@gmail.com Fax : 05.22.22.94.25

Casablanca le: 31/12/19

Madame OULHAJ FATIMA

Du : 31/12/19

Docteur IULALE EL ATIQI

Page : 1

**ELECTROPHORESE DE L'HEMOGLOBINE**

Hémoglobine A	97.8	%
Hémoglobine A2	1,7	%
Hémoglobine F	0,5	%

Profil Electrophoretique normal à interpréter en fonction de la NFS et du bilan martiale.

Un profil normal dans un contexte de microcytose sans carence martiale n'exclut pas une Alpha-thalassémie ou une Beta-thalassémie 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	HB A1	HB A2	HB F
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

HbA HbF

**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-Permis 5630-173

I.F.: 42000050 - I.C.F.: 001553918000012