

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

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° P19- 0020681

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 873 Société : 22688
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : MEKKI CHAD MU Date de naissance :
Adresse :
Tél. : 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) :

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
				Dr. Fatima Zohra HAMIDI RADIOThÉRAPIE Service de Radiothérapie-Cancérologie de l'HMIMV - Rabat

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
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICO-TOXICOLOGIQUES 20 Rue d'Alger Tél: 0537 04 20 48 - 0537 04 20 49	21.02.2020	B976 +A10	1000,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

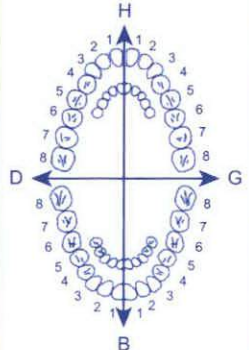
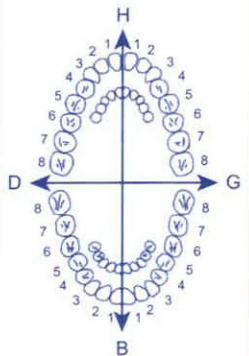
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'OC

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées		Nature des Soins	Coefficient																							
					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><tr><td colspan="2">H</td><td></td></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td><td></td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr><tr><td>D</td><td></td><td>G</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td><td></td></tr><tr><td colspan="2">B</td><td></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																										
						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

Forces Armées Royales
Hopital Militaire
D'instruction Mohamed V



المملكة المغربية
القوات المسلحة الملكية
المستشفى العسكري الدراسي
محمد الخامس

Dr. chraïmi Nekh.

①

Dosage vit D₂ - D₃.

②

Blanc lipidique et

Blanc lipidique et

usage externe

POLYCLINIQUE INTERNATIONALE
RIAD ANNAKHIL
Secteur 11, Bloc W, N°4, Av. Annakhil
Hay Riad - Rabat
Tél.: +212 537 542 000
E-mail: contact@pira.ma

⑫

LABORATOIRE BENNIS
ANALYSES MEDICALES
26 Rue d'Iran - Temara Centre
Tél: 0537 64 20 88 Fax: 0537 64 20 91

Dr. Fatima Zohra HAMIDI
RADIOTHERAPIE
Service de Radiothérapie-Oncologie
de l'HIMMV - Rabat

LABORATOIRE BENNIS D'ANALYSES MEDICALES

Dr. BENNIS Abdelali

Adresse: 26, Rue Iran - Témara Centre - Téléphone : 05 37 64 20 88 - Fax : 05 37 64 12 46



INPE : 103002804

Facture

N° facture : 2020-02234

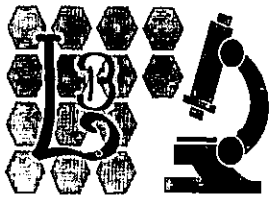
Patient : Mr CHIADMI Mekki

Date prélèvement : 21/02/2020

Analyses	Valeur en B	Montant
Urée	30	40,20
Créatinine	30	40,20
Cholestérol total	30	40,20
HDL-Cholestérol	50	67,00
LDL-Cholestérol	50	67,00
Triglycérides	60	80,40
Transaminases	80	107,20
Gamma G.T.	50	67,00
BILIRUBINES	70	93,80
Phosphatases Alcalines	50	67,00
VITAMINE D (25 Hydroxycholécalférol) - D2 + D3	450	603,00
Total B	950	1 273,00
APB	1,0	10,00
Total payé		1 000,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : UN MILLIER DIRHAMS ***

LABORATOIRE BENNIS
ANALYSES MEDICALES
26 Rue d'Iran Témara Centre
Tél: 0537 64 20 88 Fax: 0537 64 09 61



HEMATOLOGIE
IMMUNOLOGIE
PARASITOLOGIE
MYCOLOGIE

مختبر بنيس للتحاليل الطبية
Laboratoire BENNIS d'Analyses Médicales

الدكتور عبد العالي بنيس - طبيب إحيائي
Docteur Abdelali BENNIS - Médecin Biologiste

Dossier du: 21/02/2020

Code Patient : 18-04710

Mr CHIADMI Mekki

Edité le: 21/02/2020

Référence : 210220-3243

Prescripteur: Dr FATIMA ZAHRA HAMIDI



Page : 1/1

BIOCHIMIE

		Valeurs Usuelles	Antériorité
Urée	: 0,31 g/l 5,16 mmol/l	(0,15 - 0,45) (2,5 - 8,33)	
Créatinine	: 9,20 mg/l 81,3 umol/l	(7 - 13) (61,88 - 106,08)	
Cholestérol total	: 1,28 g/l	(Inférieur à 2)	1,40 (24/08/19)
HDL-Cholestérol	: 0,51 g/l	(0,4 - 0,75)	
LDL- Cholesterol	: 0,49 g/l	(Inférieur à 1,6)	0,63 (24/08/19)
Triglycerides	: 1,38 g/l	(Inférieur à 1,5)	1,38 (24/08/19)
Transaminases			
SGOT (Aspartate Aminotransférase)	: 20 UI/l	(Inférieur à 35)	20 (24/08/19)
SGPT (Alanine Aminotransférase)	: 19 UI/l	(Inférieur à 41)	18 (24/08/19)
Gamma G.T.	: 41 UI/l	(Inférieur à 55)	38 (24/08/19)
BILIRUBINES			
Bilirubine Totale	: 10 mg/l	(Inférieur à 12)	
Bilirubine Directe (Conjugée)	: 3 mg/l	(Inférieur à 2)	
Bilirubine indirecte	: 7 mg/l	(Inférieur à 10)	
Phosphatases Alcalines	: 63,00 UI/l	(40 - 129)	

VITAMINES

25 OH VITAMINE (D2 + D3)	: 17,60 ng/ml	Valeurs Usuelles	Antériorité
(Technique : CLIA/LIAISON XL)			26,10 (24/08/19)
Déficient	: <10 ng/ml		
Insuffisant	: 10-30 ng/ml		
Suffisant	: 30-100 ng/ml		
Toxicité potentielle	: >100 ng/ml		

LABORATOIRE BENNIS
ANALYSES MÉDICALES
26 Rue Iran - Témara Centre
Tél: 0537 64 20 88 - Fax: 0537 64 09 61

Nous vous remercions de votre confiance