

# 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- 065309

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1421 Société : 22 895

Actif  Pensionné(e)  Autre

Nom & Prénom : Kettani Tajeddine

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : 066576673 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 : ACCUEIL

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° P19-065309

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
				<input type="text"/> <b>Montant des soins</b> <input type="text"/>
				<input type="text"/> <b>Début d'exécution</b> <input type="text"/>
				<input type="text"/> <b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>

O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux																
	<table style="margin: auto;"> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">H</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">25533412</td><td style="text-align: center;">21433552</td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">-----</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">00000000</td><td style="text-align: center;">00000000</td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">-----</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">00000000</td><td style="text-align: center;">00000000</td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">-----</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">35533411</td><td style="text-align: center;">11433553</td></tr> </table>		H		25533412	21433552	-----		00000000	00000000	-----		00000000	00000000	-----		35533411	11433553	<input type="text"/> <b>Montant des soins</b> <input type="text"/>
	H																		
	25533412	21433552																	
-----																			
00000000	00000000																		
-----																			
00000000	00000000																		
-----																			
35533411	11433553																		
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			<input type="text"/> <b>Date du devis</b> <input type="text"/>																
			<input type="text"/> <b>Fin de</b> <input type="text"/>																

<b>VOLET ADHERENT</b>	NOM : .....	Mle
<b>DECLARATION N°</b>	W18-375930	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b> Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



W18-375930

DATE DE DEPOT

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

Compte

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>	Mle <u>01421</u>
Nom & Prénom	<u>KETTANI Nadia Tadjeddine</u>
Fonction	<u>Retraite</u> Phones <u>0686970673</u>
Mail	<u>ta.kettani@gmail.com</u>

<b>MEDECIN</b>	Prénom du patient <u>KETTANI RAJAE</u>	Signature
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input checked="" type="checkbox"/>
	Age <u>19.12.95</u>	Date <u>03.02.2020</u>
Nature de la maladie		Date 1ère visite
<u>Apnée du sommeil + hypertension</u>		

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<u>03.02.2020</u>	<u>4</u>	<u>300 M</u>

<b>PHARMACIE</b>	Date <u>03.02.2020</u>	Signature
Montant de la facture	<u>1256,00</u>	

<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>		Date: <u>03/02/2020</u>
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
<u>B 600</u>	<u>780,00 M</u>	

<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>					Date : .....
Nombre				Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV		

Hassan EL GHOMARI  
 Spécialiste en Endodontologie  
 Nutrition Center Angle Boulevard Anoual  
 N° 313 - Casa - Tél. : 05 22 56 14 14  
 PHARMACIE BENGHAZI  
 BZZARNOUNI Rabia  
 Pharmacia by California  
 Rabat - Tél. : 05 22 52 27 61  
 DR. JABHAL  
 Radio-Biologie  
 Tél. : 05 22 86 03 36  
 ANNUAL



LOT : 19E001  
PER.: 07 2023  
STILNOX 10MG  
CP PEL SEC B20  
P.P.V : 56DH60  
6 118000 061465

LOT : 19E001  
PER.: 07 2023  
STILNOX 10MG  
CP PEL SEC B20  
P.P.V : 56DH60  
6 118000 061465

LOT : 19E001  
PER.: 07 2023  
STILNOX 10MG  
CP PEL SEC B20  
P.P.V : 56DH60  
6 118000 061465

6 118001 102006  
Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH  
7862160335

6 118001 102006  
Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH  
7862160335

6 118001 102006  
Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH  
7862160335

6 118001 102006  
Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH  
7862160335

Fabrique sous licence par :  
Maphar. Km 10, Route côtière III,  
Q1-Zenata, Ain Sebaâ, Casablanca.  
Rachid LAMRINI, Pharmacien Responsable

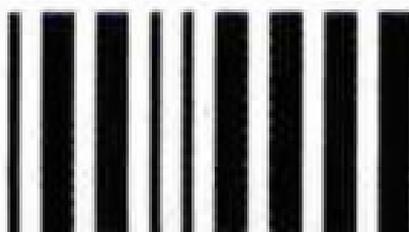
 **Abbot**

Uniquement sur ordonnance - Liste I  
يجوز فقط بقية طبيب - لائحة I

**Respecter les doses prescrites**

**احترم المقادير الموصوفة**

78,00



Fabrique sous licence par :  
Maphar. Km 10, Route côtière III,  
Q1-Zenata, Ain Sebaâ, Casablanca.  
Rachid LAMRINI, Pharmacien Responsable

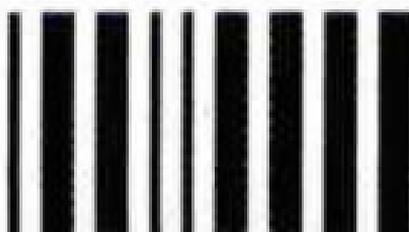
 **Abbott**

Uniquement sur ordonnance - Liste I  
يجوز فقط بقية ما يخص وصفة طبية - لائحة I

**Respecter les doses prescrites**

**احترم المقادير الموصوفة**

78,00



Fabrique sous licence par :  
Maphar. Km 10, Route côtière III,  
Q1-Zenata, Ain Sebaâ, Casablanca.  
Rachid LAMRINI, Pharmacien Responsable

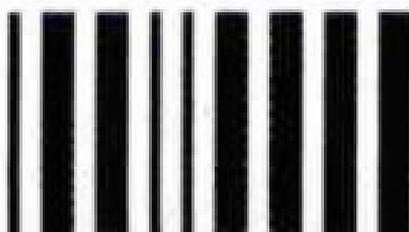
 **Abbott**

Uniquement sur ordonnance - Liste I  
يجوز فقط بقية طبيب - لائحة I

**Respecter les doses prescrites**

**احترم المقادير الموصوفة**

78,00



Fabrique sous licence par :  
Maphar. Km 10, Route côtière III,  
Q1-Zenata, Ain Sebaâ, Casablanca.  
Rachid LAMRINI, Pharmacien Responsable

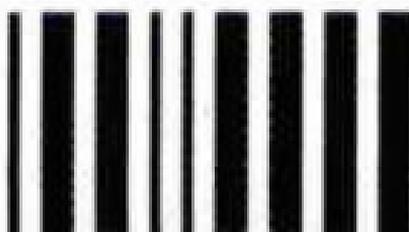
 **Abbott**

Uniquement sur ordonnance - Liste I  
يجوز فقط بقية طبيب - لائحة I

**Respecter les doses prescrites**

**احترم المقادير الموصوفة**

78,00



Fabrique sous licence par :  
Maphar. Km 10, Route côtière III,  
Q1-Zenata, Ain Sebaâ, Casablanca.  
Rachid LAMRINI, Pharmacien Responsable

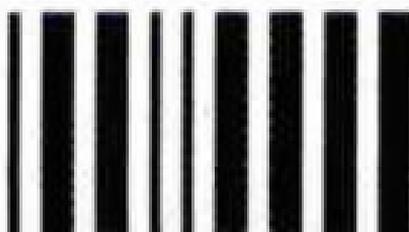
 **Abbott**

Uniquement sur ordonnance - Liste I  
يجوز فقط بقية طبيب - لائحة I

**Respecter les doses prescrites**

**احترم المقادير الموصوفة**

78,00



Fabrique sous licence par :  
Maphar. Km 10, Route côtière III,  
Q1-Zenata, Ain Sebaâ, Casablanca.  
Rachid LAMRINI, Pharmacien Responsable

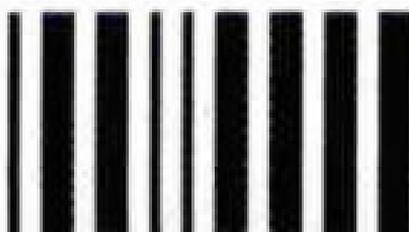
 **Abbott**

Uniquement sur ordonnance - Liste I  
يجوز فقط بقية طبيب - لائحة I

**Respecter les doses prescrites**

**احترم المقادير الموصوفة**

78,00



Fabrique sous licence par :  
Maphar. Km 10, Route côtière III,  
Q1-Zenata, Ain Sebaâ, Casablanca.  
Rachid LAMRINI, Pharmacien Responsable

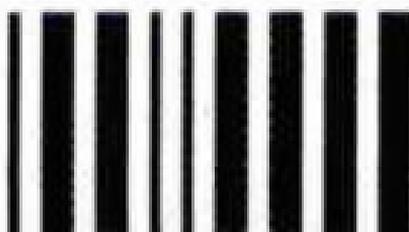
 **Abbott**

Uniquement sur ordonnance - Liste I  
يجوز فقط بقية ما في وصفة طبية - لا تباع

**Respecter les doses prescrites**

**احترم المقادير الموصوفة**

78,00



Fabrique sous licence par :  
Maphar. Km 10, Route côtière III,  
Q1-Zenata, Ain Sebaâ, Casablanca.  
Rachid LAMRINI, Pharmacien Responsable

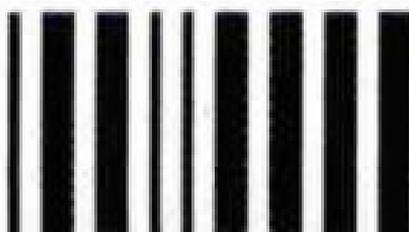
 **Abbott**

Uniquement sur ordonnance - Liste I  
يجوز فقط بقية طبيب - لائحة I

**Respecter les doses prescrites**

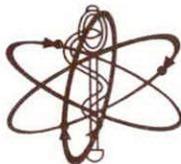
**احترم المقادير الموصوفة**

78,00



# Anoual

Laboratoire de Biologie medicale  
Genetique moleculaire  
Radio immuno-analyse  
Diagnostic Prenatal  
Biologie de la Reproduction



# مختبر أنوال

**Docteur Jamal FEKKAK**

Radio-biologiste  
Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris  
Diplômé de l'Université Paris VII  
et de l'Institut Pasteur de Paris  
Biologiste Qualificien

**FACTURE N° 2002030024**

**Mme Rajaa KETTANI**

Demande N° 2002030024

Date de l'examen : 03-02-2020

Analyses :

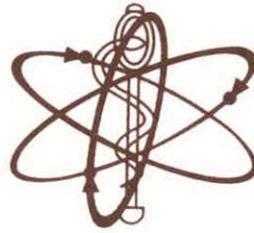
<b>Récapitulatif des analyses</b>			
<i>CN</i>	<i>Analyse</i>	<i>Val</i>	<i>Clefs</i>
PSAD	Prélèvement sang adulte	E25	E
	Cholestérol	B30	B
	Calcium	B30	B
	Triglycerides	B50	B
	LDL Dosage direct	B50	B
	Vitesse de sédimentation	B30	B
	Glycémie à jeun	B30	B
	TSHus	B200	B
	Acide Urrique	B30	B
	NF	B80	B
	Cholestérol HDL	B50	B

Total des B : 580

TOTAL DOSSIER : 780 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de sept cent quatre-vingts dirhams DH

**Il est Strictement Interdit de Changer les Noms,  
Prénoms et les Dates des Analyses.**



Mme Rajaa KETTANI

Né(e) le : 19-12-1955

Dossier N° : 2002030024

Date de l'examen : 03-02-2020

Prélevé le : 03-02-2020 08:58 en interne

Edité le : 03-02-2020

DR : Dr HASSAN EL GHOMARI

Adresse : CENTRE ABDELMOUMEN 3 EME ETAGE N 313

Page 1 / 2



ACCREDITATION  
N° 8-3245  
Portée disponible sur  
www.cofrac.fr

Seules certaines prestations rapportées dans ce document sont couvertes par l'accréditation. Elles sont identifiées par le symbole [AC].

## Hemogramme

Cytométrie de flux sur ABX Pentra (échantillon primaire : sang total EDTA)

## HEMATOCYTOLOGIE

			18-01-2019
Leucocytes [AC]	4.00	milliers/ $\mu$ l (4.00-10.00)	3.90
Hématies : [AC]	4.52	millions/ $\mu$ l (3.80-5.80)	4.53
Hémoglobine : [AC]	14.3	grs/dL (11.5-16.0)	14.6
Hématocrite : [AC]	43.4	% (37.0-47.0)	42.8
VGM : [AC]	96.0	$\mu$ 3 (80.0-100.0)	95.0
TCMH : [AC]	31.5	pg (27.0-32.0)	32.1
CCMH : [AC]	32.9	g/dl (32.0-36.0)	34.0
RDW : [AC]	12.7	% (11.0-16.0)	12.9
Polynucléaires Neutrophiles :	41.8	%	46.0
Soit:	1.67	milliers/mm3(2.00-7.50)	1.79
Polynucléaires Eosinophiles :	2.7	%	2.4
Soit:	0.11	milliers/mm3(0.00-0.50)	0.09
Polynucléaires Basophiles :	0.6	%	0.4
Soit:	0.02	milliers/mm3(0.00-0.20)	0.02
Lymphocytes :	47.5	%	40.4
Soit:	1.90	milliers/mm3(1.00-4.00)	1.58
Monocytes :	7.4	%	10.8
Soit:	0.30	milliers/mm3(0.20-1.00)	0.42
Plaquettes : [AC]	206	milliers/ $\mu$ l (150-500)	211

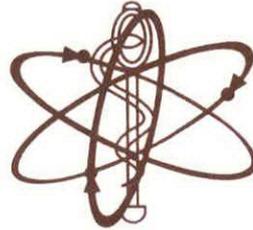
## Vitesse de sédimentation

		18-01-2019
VS 1ère heure	11	14
(VES-MATIC EASY)		
Valeur normale inférieure à	37	37

## BIOCHIMIE SANGUINE

			07-06-2019
Glycémie à jeun [AC]	1.01	g/l (0.74-1.09)	0.97
(HK/G6PDH- Cobas 6000® Roche)	5.61	mmol/l (4.11-6.05)	
Changement de technique et de valeurs normales à partir du 26-08-2017.			30-09-2019
Acide Urique [AC]	44	mg/l (24-57)	49
(Uricase/PAP - Cobas 6000® Roche)	261.8	$\mu$ mol/l (142.8-339.2)	
Changement de technique et de valeurs normales à partir du 26/07/2017.			





Mme Rajaa KETTANI

Né(e) le : 19-12-1955

Dossier N° : 2002030024

Date de l'examen : 03-02-2020

Prélevé le : 03-02-2020 08:58 en interne

Edité le : 03-02-2020



ACCREDITATION  
N° 8-3245  
Portée disponible sur  
www.cofrac.fr

Seules certaines prestations rapportées dans ce document sont couvertes par l'accréditation. Elles sont identifiées par le symbole [AC].

DR : Dr HASSAN EL GHOMARI

Adresse : CENTRE ABDELMOUMEN 3 EME ETAGE N 313

Page 2 / 2

				30-09-2019
<b>Cholestérol total</b> [AC]	<b>2.38</b> g/l	(<2.00)		1.92
(Colorimétrique Enzymatique – Cobas 6000® Roche)	<b>6.16</b> mmol/l	(<5.17)		
<i>Changement de technique et de valeurs normales à partir du 18/08/2017.</i>				
				30-09-2019
<b>HDL-Cholestérol</b> [AC]	<b>0.65</b> g/l	(>0.65)		0.65
(Enzymatique Colorimétrique PAP – Cobas 6000® Roche)	<b>1.68</b> mmol/l	(>1.68)		
<i>Changement de technique et de valeurs normales à partir du 18/08/2017.</i>				
				30-09-2019
<b>LDL-Cholestérol (direct)</b>	<b>1.38</b> g/L	(<1.55)		1.09
(Dosage enzymatique)	<b>3.57</b> mmol/L	(<4.01)		
Les valeurs suivantes représentent les taux chez l'adulte en terme de risque de maladie coronarienne :				
-Faible: <1.29 g/L (2.59 mmol/L)				
-Intermédiaire: 1.30 à 1.59g/L (3.35 à 4.12 mmol/L)				
-Élevé: 1.60 à 1.89 g/L (4.13 à 4.92 mmol/L)				
-Très élevé: >1.90 g/L (>4.92 mmol/L)				
				30-09-2019
<b>Triglycérides</b> [AC]	<b>1.88</b> g/l	(<1.50)		1.23
( GPO/PAP – Cobas 6000® Roche)	<b>2.12</b> mmol/l	(<1.70)		
<i>Changement de technique et de valeurs normales à partir du 11/08/2017.</i>				
<b>IONOGRAMME SANGUIN</b>				
Echantillon primaire : plasma hépariné				
				18-01-2019
<b>Calcium</b> [AC]	<b>93</b> mg/l	(86-102)		92
(o-Cresolphthaleine complexon- Cobas 6000® Roche)	<b>2.32</b> mmol/l	(2.15-2.54)		
<b>BILAN THYROIDIEN</b>				
échantillon primaire : sérum				
				30-09-2019
<b>TSHus</b> [AC]	<b>2.54</b> µUI/ml	(0.27-4.20)		1.15
((Chimiluminescence – COBAS 6000® Roche))				
<i>Changement de technique et de valeurs normales à partir 24/07/2017.</i>				

