

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.



Declaration de Maladie

N° W19-531065

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **A**

Cadre réservé à l'adhérent (e) **241119**

Matricule : **4165** Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : **OUOUBHIE MOHAMMED**

Date de naissance : **10/08/1973**

Adresse : **23 IBN KATIR ARSAT LEKBIR**
n° 10 MAARIF CASABLANCA

Tél. : **0661439283** Total des frais engagés : **1734.90**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : **IRAOUHOUSSEINI AICAA**

Age : **52**

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'at-médecin conseil de la Mutuelle.

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

Fait à : **Casablanca**

Le : **09/03/2020**

Signature de l'adhérent(e) : **[Signature]**

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.

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

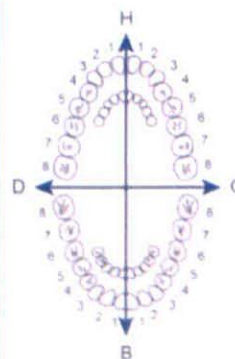
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

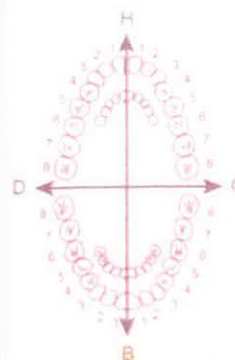
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412	21433552	
00000000	00000000	
D		G
00000000	00000000	
35513411	11433553	
	B	

[Creation, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

INSTRUCTIONS A SUIVRE PAR LES ADHERENTS POUR FACILITER LE TRAITEMENT DES DOSSIERS (MALADIE)

1. LES PRESTATIONS :

Sont accordées sur présentation d'une feuille de maladie (pas de photocopies), dûment remplie (nom, prénom, matricule et le lien de parenté: adhérent, conjoint ou enfant) accompagnée de toutes pièces justificatives.

2. PHARMACIE :

Les prestations sont accordées sur présentation de l'ordonnance qui doit comporter la date, le nom, prénom du malade inscrits de la main du médecin et accompagnée des vignettes, des prospectus, des médicaments prescrits et des P.P.M. (Prix Public Marocain).

3. EN CAS DE CHANGEMENT DE SITUATION :

L'adhérent est tenu de fournir à la mutuelle soit un bulletin de changement de situation relatif à son conjoint accompagné d'une photocopie de l'acte (de mariage, divorce), soit un extrait de l'enfant (naissance, décès).

4. PIECES JOINTES :

Toutes les pièces concernant la maladie ou l'accident doivent être remises à la mutuelle au plus tard 3 mois après la première visite du médecin. Pour les soins et prothèses dentaires, le délai de remise est fixé à 1 mois après traitement.

5. INTERVENTION CHIRURGICALE :

- En cas d'intervention chirurgicale la note de la clinique doit préciser :
 - a - Les honoraires du chirurgien, ainsi que le coefficient K correspondant à l'intervention.
 - b - La ventilation des frais annexes, aide, anesthésie, etc
 - c - Le nombre de jours d'hospitalisation.
 - d - Le détail des fournitures pharmaceutiques.

6. SOINS ET PROTHESES DENTAIRES :

Pour les soins et la prothèse dentaire, demander au chirurgien dentiste un relevé détaillé des différents soins ou prothèses avec indication de la date à laquelle ils ont été effectués, des honoraires correspondants à chaque soin ou prothèse, du numéro et de la position exacte de chaque dent traitée. Un accord préalable de la mutuelle est obligatoire avant l'exécution des prothèses, implants, orthodontie.

7. HOSPITALISATION A L'ETRANGER :

Les remboursements des frais médicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation se feront dans la limite du plafond général et au cours de change du jour des débours.

8. ACCIDENTS :

En cas d'accident, préciser les causes et circonstances et éventuellement les renseignements concernant le tiers ayant occasionné l'accident.

9. FRAUDE :

Toute fraude ou tentative de fraude entraînera la suspension de l'adhésion jusqu'à la prochaine réunion du comité de la mutuelle (pour décision).
- Sont considérés comme fraudes :
Falsification de facture - annotation non réelle des consultations, visites, frais pharmaceutiques - substitution d'un bénéficiaire - déclaration non réelle des ayants droits.



MUTUELLE DE PREVOYANCE
DES BANQUES POPULAIRES
GROUPE BANQUE POPULAIRE

DECLARATION DE MALADIE

CACHET BANQUE

Nom de l'assuré : IRAOI Houdaini

Prénom : ACHA

N° SINISTRE : NBR DE PIÈCES : TOTAL DÉPENSES :

POLICE (1) : 1,2,1,1,3 MATRICULE CPM : 74195 ORDRE FAMILIAL :

A REMPLIR PAR LE MEDECIN

Nom et adresse ou
cachet du médecin : Dr. FASSI-FIHRI Mohamed
Australian Medical Centre
8, Ghandi Bd. Ghandi
Casablanca
Tél: 0522 23 59 50

Nom du malade : IRAOI

Prénom du malade : ACHA

Nature de la maladie : Suivi d'Alcoolisme

MALADE (2)	
Lui même	<input checked="" type="checkbox"/>
Conjoint	<input type="checkbox"/>
Enfant	<input type="checkbox"/>

A Casablanca Le 16-01-2020

MBP 31-13

Signature
Dr. FASSI-FIHRI Mohamed
Australian Medical Centre
8, Ghandi Bd. Ghandi
Casablanca
Tél: 0522 23 59 50

- (1) Porter le code Banque.
(2) Mettre une croix dans la case correspondante.
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, Veuillez communiquer :
les renseignements sous - pli cacheté à l'intention du médecin - conseil de la Mutuelle.

Praticien	Date des actes médicaux	Nature des actes & Coefficients	Signature du médecin attestant le paiement	Montant détaillé des honoraires	Réservé à la Mutuelle
MEDECIN TRAITANT	16/1/2020		<i>[Signature]</i>	300	
ANALYSES RADIO-GRAPHIES	23/1/2020		<i>[Signature]</i>	1284,60 Ph	
ACTES MEDICAUX OU PARA-MEDICAUX					
Exécution des Ordonnances	Date de l'ordonnance	Cachet du pharmacien, de l'opticien ou de l'orthopédiste	Montant de la facture	Réservé à la Mutuelle	
MEDICAMENTS (OPTIQUE / ORTHOPEDIE)	24/01/2020	<i>[Cachet]</i>	150,30		

Réservé à la Mutuelle (commentaire)

SOINS - PROTHESES DENTAIRES - Implants - orthodontie

Le Praticien précisera la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins et leur coefficient d'après la Nomenclature Générale des Actes Professionnels.

DEVIS ☐ REÇU ☐ (3)

Date	Nature des travaux	Position dents	Coefficient	Montant honoraires

(3) Mettre une croix dans la case correspondante

SOINS <input type="checkbox"/>	PROTHESE <input type="checkbox"/>
<p>Montant des honoraires perçus par le praticien pour les soins :</p> <p>Signature du praticien attestant l'exécution et le paiement des soins :</p> <p>Date :</p>	
<p>Montant des honoraires perçus par le praticien pour la prothèse :</p> <p>Signature du praticien attestant l'exécution et le paiement de la prothèse :</p> <p>Date de l'appareillage :</p>	

- Le praticien couvre de hachures les dents à remplacer.
- Surcharge le contour des dents qui supporteront des crochets.
- Indique la nature de l'appareil, le nombre de dents artificielles et de crochets.



MUTUELLE DE PREVOYANCE
DES BANQUES POPULAIRES

GRUPE BANQUE POPULAIRE

BANQUE : B P CASABLANCA

ADHERENT : IRAQUI HOUSSAINI AICHA

620

QUITTANCE DE REMBOURSEMENT

MATRICULE : 74195

BENEFICIAIRE : IRAQUI HOUSSAINI AICHA

78
79/24

CODE RUBRIQUE	N A T U R E	FRAIS EXPOSES		TAUX OU VALEUR	REMBOURSEMENTS	
		DEVISE	D H		AUTRE CIE	AXA MAROC
1 02 15 00 16 00	CONSULT ⁰ SPECIALIST ANALYSES B MEDICAMENTS nr: vigamfer		300,00 1.284,60 150,30	0,85 0,85 0,32		255,00 1.091,91 47,85
	T O T A U X		1.734,90			1.394,76
P.S : Il est rappelé que toute ordonnance doit être accompagnée des PPM (Prix Public Marocain) et des prospectus pour chaque médicament. Nous vous en remercions.		DATE	CODE SOCIETE	N° DU DOSSIER	NUMERO DU SINISTRE AXA	MONTANT DU REGLEMENT
		7/02/2020	0X1211378	74195 00 2020 2009732	20412840	1.394,76

Dr. FASSI-FIHRI Mohamed

Docteur en Médecine

Professeur en Médecine Intégrative



AUSTRALIAN
MEDICAL CENTRE
INTEGRATIVE & ANTI-AGING CLINIC

Médecine Adulte
Gériatrie & Maladies du vieillissement
Sexologie médicale
Nutrition & micronutrition

Dip. Gériontologie (Paris)

Dip. Médecine Anti-Age (Australie)

Dip. Naturopathie (Australie)

Dip. Lasers médicaux (Australie)

Dip. Nutrition Fonctionnelle (Australie)

Dip. Prévention du Vieillissement (Paris)

N° 8 - Ghandi Mall

Bd. Ghandi - Casablanca

Tél : 05 22 23 59 50 - 06 60 76 30 99

centremedicalaustralien@gmail.com

www.centremedicalaustralien@gmail.com

Mme IRAQI Houssaini Aicha

Le 24/01/2020

- 56.30
9/11/20
1. D cure : 1 amp / sem x 3 sem
 2. Vigam fer : 1 cp / jr x 8 sem
 3. GPH SHTP : 1 gell matin à jeun x 8 sem
 4. GPH Nopal : 1 x 2 / jr 15 min avant repas x 8 sem
 5. GPH The vert : 1 gell / jr 15 min après le dîner x 8 sem
- Tg 150.30

~~Dr. FASSI-FIHRI Mohamed~~
~~Aus. Ghandi M~~
~~Bd. Ghandi~~
~~Tel 05 22 23 59 50~~

~~Dr. FASSI-FIHRI Mohamed~~
~~Aus. Ghandi M~~
~~Bd. Ghandi~~
~~Tel 05 22 23 59 50~~

Pas de sucres (blanc ou autre), pas de glaces, chocolat
Pas de levure ni de pain
Pas de fritures, Pas de lait, fromages
Pas de chewing gum, de gommes, de patte de sucre
Pas de pates

Tous les fruits MAIS avant 16h et toujours en début de repas ou en dehors des repas
Protéines à volonté
Légumes à volonté. Pas de pomme de terre le soir
Riz / Pates ok mais pas au dîner
Miel, fruits secs et noix ok mais au plus tard au déjeuner

1h de Marche 6 jours sur 7

Dr. FASSI-FIHRI Mohamed

Médecine Adulte
Gériatrie & Maladies du vieillissement
Sexologie médicale
Nutrition & micronutrition

Dip. Gériatologie (Paris)

Dip. Médecine Anti-Age (Australie)

Dip. Naturopathie (Australie)

Dip. Lasers médicaux (Australie)

Dip. Nutrition Fonctionnelle (Australie)

Dip. Prévention du Vieillissement (Paris)



AUSTRALIAN
MEDICAL CENTRE
INTEGRATIVE & ANTI-AGING CLINIC

N° 8 - Ghandi Mall

Bd. Ghandi - Casablanca

Tél : 05 22 23 59 50 - 06 60 76 30 99

centremedicalaustralien@gmail.com

www.centremedicalaustralien@gmail.com

17 me IRABOT HOUSSAINI Aicha

16/11
2020

NFS, fer, feritine

Vit D

Hb A1C

Dr. FASSI-FIHRI Moh
Australian Medical Centre
Casablanca
Tél: 05 22 23 59 50

Laboratoire d'Analyses
de Biologie Moléculaire
117 Bd. Ghandi - Casablanca
Tél: 05 22 23 59 50
Fax: 05 22 23 59 50
Email: lab@centremedicalaustralien.com

Laboratoire d'Analyses de Biologie Médicale Bir Anzarane

117, Bd Bir Anzarane 20 100 Maarif Casablanca

Tél : 05 22 99 46 63/ 05 22 25 82 05 Fax : 05 22 98 09 11

ICE : 001748386000083

Patente : 35870583

IF : 01006693

CNSS : 7070999

Compte bancaire : BMCI Casa Normandie

RIB : 013 780 01802 000329 001 80 48

INPE : 093001196

Casablanca le : 23-01-2020

Mme Aicha IRAQUI HOUSSAINI

FACTURE N°	2001231011
------------	------------

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
0119	Hémoglobine glycosylée	B100	B
PS	Prélèvement sang	E25	E
0154	Ferritine	B250	B
0216	Numération Formule (Globules rouges/Blancs/plaquettes)	B80	B
	Vitamine D 25-OH (D2+D3)	B450	B
0115	Fer sérique	B60	B

Total de B : 940

TOTAL DOSSIER	1284.60 DH
---------------	------------

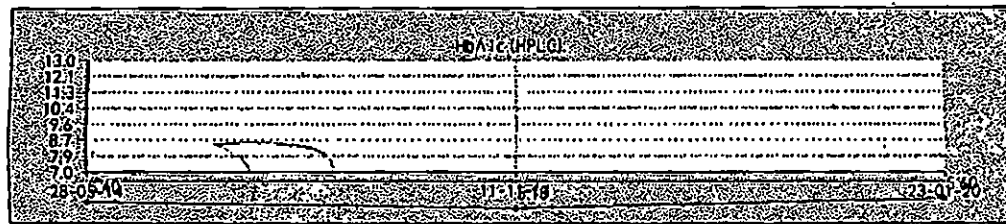
Arrêtée la présente facture à la somme de : mille deux cent quatre-vingt-quatre dirhams soixante centimes

Laboratoire d'Analyses
de Biologie Médicale
Bir Anzarane
117, Bd Bir Anzarane, Casa
ICE : 001748386000083
INPE : 093001196



BIOCHIMIE SANGUINE
Roche Cobas 6000

HbA1c (HPLC): 5.6 % (4.0-6.5) 11-11-2014 5.1
(Arkray)
soit: 38 mmol/mol (20-48) 32



Sidérémie(Fer): 0.72 mg/l (0.50-1.60) 07-11-2019 0.74

PROTEINES SPECIFIQUES

Ferritine : 19.9 µg/l (20.0-200.0) 07-11-2019 14.8

VITAMINES

Vitamine D total (Roche): 30.2 ng/ml (30.0-100.0) 10-09-2019 37.6
(Cobas 6000) 75.5 nmol/l (75.0-250.0)

Fin du compte rendu

Laboratoire d'Analyses
de Biologie Médicale
Bir Anzarane
117 Bd. Bir Anzarane - Cas
ICE: 091748386000033
: 053601188

Biologistes Responsables :
- Dr. A. AZEDDOUG
- Dr. N. BAAJ

Dr. A. Azeddoug
Médecin Biologiste

Dossier Validé par :



Prescripteur : Dr Mohamed FASSI-FIHRI

Réf : 2001231011

Dossier ouvert le : 23-01-2020 08:19

Edité le : 23-01-2020

Mme IRAQUI HOUSSAINI Aicha

Compte Rendu d'Analyse

Page 1 / 2

HEMATOLOGIE

NUMERATION FORMULE SANGUINE Sysmex XT2000

NUMERATION

			07-11-2019
Leucocytes :	5 510 /mm ³	(4 000-10 000)	6 830
Hématies :	4.75 M/mm ³	(3.80-5.40)	4.58
Hémoglobine :	14.3 g/100ml	(12.0-16.0)	13.5
Hématocrite :	41.8 %	(35.5-45.5)	39.6
VGM :	88.0 µ ³	(80.0-99.0)	86.5
TCMH :	30.1 pg	(27.0-33.0)	29.5
CCMH :	34.2 g/100ml	(29.0-36.0)	34.1

FORMULE

Polynucléaires Neutrophiles :	36.7 %	(40.0-75.0)	49.5
Soit :	2 022 /mm ³	(2 000-7 500)	3 282
Polynucléaires Eosinophiles :	9.4 %	(1.0-4.0)	2.1
Soit :	518 /mm ³	(100-400)	139
Polynucléaires Basophiles :	0.9 %	(0.0-1.0)	0.6
Soit :	50 /mm ³	(0-150)	40
Lymphocytes :	45.6 %	(20.0-45.0)	39.8
Soit :	2 513 /mm ³	(1 500-4 000)	2 639
Monocytes :	7.4 %	(2.0-12.0)	8.0
Soit :	408 /mm ³	(200-800)	530

PLAQUETTES

Plaquettes :	264 000 /mm ³	(150 000-400 000)	308 000
VMP :	9.5 fl		9.3

Laboratoire d'Analyses
de Biologie Médicale
Bir Anzarane
117 Bd Bir Anzarane - Casablanca
Tél : 0522 99 46 63 / 0522 25 82 05 / 06 61 80 77 96
Fax : 0522 98 09 11
Site Web : labobiranzarane.com

Dr. A. Azeddoug

Médecin Biologiste

Dossier Validé

Biologistes Responsables :

- Dr. A. AZEDDOUG

- Dr. N. BAAJ