

# 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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° P19- 0043949

nr-28576

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1963 Société : R A M

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : AKIL AHMED

Date de naissance : 1948

Adresse : MAY MARIK Rue 32 n°3

BERNOUSSEI - CNS

Tél. : 0684 190720 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 27/05/2020

Nom et prénom du malade : ZAHRAoui NABISA

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Dermato

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 : Casablanca

Le : 27/05/2020

Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-043949

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 : 1963


Nom de l'adhérent(e) : Nabisa

Total des frais engagés :

Date de dépôt : 05.06.20



# 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
27/05/20	C	2	250dh	
02.06.20	C	2	CG	

## 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
	21/06/20		2350
	27/05/20		51550
	31/06/20	B100	220,00

## AUXILIAIRES MEDICAUX

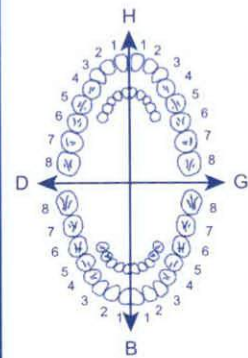
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'

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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>               H                25533412                00000000                D                00000000                35533411             </div> <div>               21433552                00000000                G                00000000                11433553                B             </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VOLET ADHERENT

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

Dr. Mouttaqi - Allah

Dermato - Vénérologue

Chirurgie de la Peau - Cosmétologie

Lasers

Diplômée de la Faculté  
de Médecine de Casablanca

الدركتورة متقي الله

إختصاصية في أمراض

الجلد، الشعر، الأظافر، والأمراض التناسلية

الليزر لإزالة الشعر و الوشام

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء



Casablanca, le : 27-05-20

Zahraoui Habiba.

① Tequema 4 250 (26 à 28)

39800 1 x le soir (19900 12)

② Dycosterol

4350 1 x le soir

4400 e - ter - vitil

③ Dycosterone poudre

2500

④ Coccidiu poudre

5150 1 x le soir

5150 1 x le soir

LOT: 190926  
PER: 07-22  
PPV: 25,00DH

ERME® 19

LOT: 08219026  
PER: 10/2024  
PPV: 49,50 DH

~~43,50~~

43,50

LOT : 191992  
UT AV: 2/2022  
PPV: 199,00DH

OT : 191992  
T AV: 12/2022  
PV: 199,00DH



Dr. Mouttaqi - Allah

Dermato - Vénérologue

Chirurgie de la Peau - Cosmétologie

Lasers

Diplômée de la Faculté  
de Médecine de Casablanca

الدكتورة متقي الله

إختصاصية في أمراض

الجلد، الشعر، الأظافر، والأمراض التناسلية

الليزر لإزالة الشعر والوشام

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

Casablanca, le : 02-06-20

Zahraoui Habib

① oxyline sol filopène  
205 2 x 1 creme sup.

② locatop crème  
305 application le soir  
x 10 j

235



25993J/2

10 2018

10 2020

PPV: 205,00 Dhs

AMM: 404/17DMP/21NNP

LCT: 20E007  
PER: 12/2022

LOCATOP 0,1%  
CREME T30G

P.P.V: 80DH00



**Dr. Mouṭṭaqi - Allah**

**Dermato - Vénérologue**

**Chirurgie de la Peau - Cosmétologie**

**Lasers**

Diplômée de la Faculté  
de Médecine de Casablanca

**الدكتورة متقي الله**

**إختصاصية في أمراض**

**الجلد، الشعر، الأظافر، والأمراض التناسلية**

**الليزر لإزالة الشعر و الوشام**

**خريجة كلية الطب بالدار البيضاء**

Casablanca, le 22-06-20

Zahraoui Habiba

NFS - Cor. GMT



Laboratoire d'Analyses Médicales  
**LABOFAR**

**Dr. BENNANI Mouhssine**

34, Rue 3 Amal 3 - Sidi Bernoussi Casa  
Tél.: 05 22 75 62 85 / Fax : 05 22 75 62 86



LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES  
**LABOFAR**

BIOCHIMIE - HÉMATOLOGIE - IMMUNOLOGIE -  
BACTÉRIOLOGIE-VIROLOGIE - PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE

34, Rue 3, Amal 3, Sidi Bernoussi, Casablanca

Tél. : 05 22 75 62 85 - Fax : 05 22 75 62 86  
Sans rendez-vous du Lundi au Vendredi : 08h00 - 17h00  
et Samedi : 8h00 - 13h00

Dr BENNANI Mohammed Mouhssine  
labofarbennani@gmail.com

**FACTURE N° : 200600064**

Mme ZAHRAOUI Habiba

Référence : 20060141

Date de l'examen : 03-06-2020

Analyses :

**Récapitulatif des analyses**

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Prélèvement sanguin	E25	E
0146	Transaminases O (TGO)	B50	B
0147	Transaminases P (TGP)	B50	B
0216	Numération formule	B80	B

Total des B : 180

TOTAL DOSSIER : 220.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : deux cent vingt dirhams .

Laboratoire d'Analyses Médicales  
**LABOFAR**  
Dr. BENNANI Mohammed Mouhssine  
34, Rue 3 Amal 3 - Sidi Bernoussi Casa  
Tél.: 05 22 75 62 85 / Fax : 05 22 75 62 86

ICE : 001535545000025

IF : 43900655

CNSS : 2175570

Patente : 31603034

# LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES LABOFAR

BIOCHIMIE - HÉMATOLOGIE - IMMUNOLOGIE -  
BACTÉRIOLOGIE-VIROLOGIE - PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE

Tél. : 05 22 75 62 85 - Fax : 05 22 75 62 86  
Sans rendez-vous du Lundi au Vendredi : 08h00 - 17h00  
et Samedi : 8h00 - 13h00

Dr BENNANI Mohammed Mouhssine  
[labofarbennani@gmail.com](mailto:labofarbennani@gmail.com)



Prélèvement du : 03-06-2020  
Code Patient : 18040147  
Edition : 03-06-2020

Mme ZAHRAOUI Habiba

Né(e) le : 01-01-1957 (63 ans - F)

Référence : 20060141

Médecin : Dr MOUTTAQUI ALLAH KHADIJA

Prélèvement du : 03-06-2020

## HEMATOLOGIE

### HEMOGRAMME

			05-02-2020
<b>Hématies :</b>	4.36 M/mL	(4.00-5.40)	4.53
Hémoglobine :	12.5 g/dL	(12.5-15.5)	12.9
Hématocrite :	<b>36.7</b> %	(37.0-45.5)	38.3
VGM :	84 fL	(80-95)	85
TCMH :	29 pg	(28-33)	28
CCMH :	34 g/dl	(30-35)	34
<b>Leucocytes :</b>	7 040 /mm <sup>3</sup>	(4 000-10 000)	6 310
Polynucléaires Neutrophiles :	33.50 %		36.90
<i>Soit:</i>	2 358 /mm <sup>3</sup>	(2 000-7 500)	2 328
Lymphocytes :	55.10 %		52.90
<i>Soit:</i>	3 879 /mm <sup>3</sup>	(1 500-4 000)	3 338
Monocytes :	7.20 %		6.80
<i>Soit:</i>	507 /mm <sup>3</sup>	(200-800)	429
Polynucléaires Eosinophiles :	4.10 %		3.20
<i>Soit:</i>	289 /mm <sup>3</sup>	(100-400)	202
Polynucléaires Basophiles :	0.10 %		0.20
<i>Soit:</i>	7 /mm <sup>3</sup>	(0-100)	13
<b>Plaquettes :</b>	239 000 /mm <sup>3</sup>	(150 000-400 000)	232 000

Laboratoire d'Analyses Médicales  
**LABOFAR**  
Dr. BENNANI Mouhssine  
34, Rue 3 Amal 3 - Sidi Bernoussi Casa  
Tél.: 05 22 75 62 85 / Fax : 05 22 75 62 86



# LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES LABOFAR

BIOCHIMIE – HÉMATOLOGIE – IMMUNOLOGIE –  
BACTÉRIOLOGIE–VIROLOGIE – PARASITOLOGIE – MYCOLOGIE

Tél. : 05 22 75 62 85 - Fax : 05 22 75 62 86  
Sans rendez-vous du Lundi au Vendredi : 08h00 - 17h00  
et Samedi : 8h00 - 13h00

Dr BENNANI Mohammed Mouhssine  
[labofarbennani@gmail.com](mailto:labofarbennani@gmail.com)

Référence : 20060141

Mme ZAHRAOUI Habiba

## BIOCHIMIE SANGUINE

**Transaminases GPT (ALAT) :** 20 UI/L (<31)  
(HITACHI)

**Transaminases GOT (ASAT) :** 28 UI/L (<31)  
(HITACHI)

Demande validée biologiquement par : Dr. M.BENNANI

Laboratoire d'Analyses Médicales  
LABOFAR  
Dr. BENNANI Mohammed Mouhssine  
34, Rue 3 Amal 3 - Sidi Bernoussi Casa  
Tél.: 05 22 75 62 85 / Fax : 05 22 75 62 86