

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- 066785

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1144 Société : RAN 54225
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : RADHI KHEIRAT BENZAKOUR
Date de naissance : 01.01.49
Adresse : 19, RUE AGHAT HAY EL HANA
Tél. : 0661420848 Total des frais engagés : MAD 1270 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 07 / 12 / 2020
Nom et prénom du malade :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Neoplasie Mammaire
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 : Casa Le : 07 / 12 / 2020
Signature de l'adhérent(e) :

MUPRAS
15 JAN. 2021
ACCUSE

[illegible]

Dr. Naoufal Mamou
Centre International d'Oncologie Casablanca
Oncologue - Radiothérapeute
Route de l'Oasis, Rue des Aiguettes - Casablanca
05 37 91 01 01

[illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	24/12/20	3 880 20 7111	1270 ✓

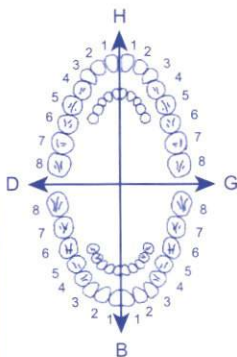
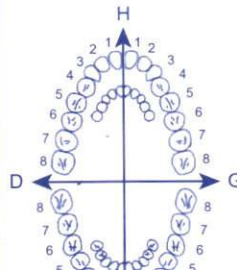
[illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

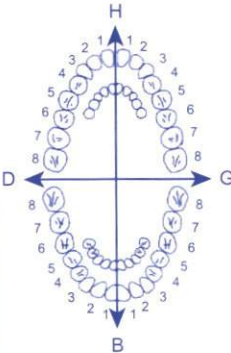
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 </div> </div>			
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX	
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
					FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 <hr style="width: 100%;"/> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> G 11433553 </div> </div>	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100%;" type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100%;" type="text"/>
		DATE DU DEVIS <input style="width: 100%;" type="text"/>

		H	
	25533412		21433552
	00000000		00000000
D			G
	00000000		00000000
	35533411		11433553
		B	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

Casablanca, le :

07/12/2020

Mme RADHI KHEIRA

Analyses :

NFS
TRANSAMINASES HEPATIQUES
Urée
Créatinine
ACE
ca 15-3

المستشفى
LABORATOIRE
Central International d'Oncologie Casablanca
Oncologue-Radiothérapeute
Route de l'Oasis Rue des Alouettes - Casablanca
Tel : 05 22 77 81 81

Laboratoire LABIOMED d'Analyses Médicales

LABIOMED -S.N.C. - RC 92541 - IF 01022247 - CNSS 6007670 - Patente 30200179 - ICE 000231012000067
Compte Banque Populaire - 190 / 780 / 21211 5575621 000 3 / 30 / Taha Houcine - Casablanca
122, Bd d'Anfa - Quartier Racine - Casablanca - Tél. : 05 22 48.13.51 / 48.13.86 - Fax : 05 22 48.13.96

Dr Jalil ELMANJRA

Pharmacien Biologiste
Ancien Assistant des Hôpitaux de Dijon
Ancien Interne des Hôpitaux de Strasbourg

Dr Abdelaziz LEMSEFFER

Pharmacien Biologiste
Ancien Interne des Hôpitaux de Besançon
D.I.U. de Biologie de la Reproduction

Bactériologie - Biochimie - Hématologie - Immunologie - Mycologie - Parasitologie - Virologie

Casablanca le 24 décembre 2020

Mme BENZAKOUR KHEIRA femme dr benzakour CZ

FACTURE N°	16492
------------	-------

Analyses :

Numération formule sanguine -----	B	70	
Urée -----	B	30	
Créatinine sanguine -----	B	30	
Transaminases -----	B	100	
Antigène Carcino-Embryonnaire -----	B	250	
Antigène CA 15 - 3 -----	B	400	Total : B 880

Prélèvements :

Sang-----	Pc	15	
-----------	----	----	--

TOTAL DOSSIER

1 270,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Mille Deux Cent Soixante Dix Dirhams

المختبرات الطبية
LABIOMED
Laboratoire d'Analyses Médicales
122, Bd. D'Anfa Quartier Racine
Casablanca - Tel: 05 22 48 13 51/96

Insémination • Fécondation in vitro • Micro-injection (ICSI)

Mme BENZAKOUR KHEIRA

Dossier N° : 206110514

Dossier ouvert le : 24/12/20 - Edité le : 24/12/20

Page N° 1/2

HEMATOLOGIE

NUMERATION FORMULE SANGUINE

					Antériorités <u>29/09/2020</u>
Hématies	:	4,40	M/mm3	4 - 5,4	4,34
Hémoglobine	:	12,8	g/dl	11,5 - 16	12,7
Hématocrite	:	39	%		
V.G.M.	:	87,5	μ3	80 - 100	
C.C.M.H.	:	33,2	%	30 à 36	
T.C.M.H.	:	29,1	pg	27 à 32	
Leucocytes	:	5 420	/mm3	4000 - 10000	4250

FORMULE LEUCOCYTAIRE

P. neutrophiles	:	60,6	%	soit	3 285	/mm3	2000 à 7500	
P. éosinophiles	:	1,7	%	soit	92	/mm3	20 à 800	
P. basophiles	:	0,6	%	soit	33	/mm3	0 à 200	
Lymphocytes	:	29,7	%	soit	1 610	/mm3	1000 à 4000	
Monocytes	:	7,4	%	soit	401	/mm3	200 à 1000	
Plaquettes	:	196 000	/mm3				150000 - 500000	197000

BIOCHIMIE

UREE	:	0,27	g/l		0,15 à 0,50	0,28
(Cobas C6000)	:	4,5	mmol/l		2,49 à 8,32	4,66
CREATININE	:	6,7	mg/l		6 à 13	6,9
(Cobas C6000)	:	59	μmol/l		54 à 117	61

Dr Jalil ELMANJRA

Dr Abdelaziz LEMSEFFER

Insémination • Fécondation in vitro • Micro-injection (ICSI)

Mme BENZAKOUR KHEIRA

Dossier N° : 206110514

Dossier ouvert le : 24/12/20 - Edité le : 24/12/20

Page N° 2/2

ENZYMOLOGIE

TRANSAMINASES

				Antériorités
SGOT/ASAT (Cobas C6000)	: 21	UI/l	< 37	20
SGPT/ALAT (Cobas C6000)	: 13	UI/l	< 40	13

MARQUEURS

ACE (Antigène Carcino-Embryonnaire)

(Automate COBAS C6000)

Résultat : **1,56** ng/ml 2,22

Valeurs usuelles

Non Fumeurs	< 5,0 ng/ml
Fumeurs	< 6,5 ng/ml

ANTIGENE CA 15 - 3 : **15,76** UI/ml < 30 17,89
(Automate Cobas C6000)

Dr Jalil ELMANJRA

Dr Abdelaziz LEMSEFFER