

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.

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.

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° W19-568635

56090

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9889

Société : RIM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BENIAMAR YASSIR

Date de naissance : 29/07/73

Adresse : RES FATINE ETG 2 APT 9 RUE AHMED CHARCI 20160 CASABLANCA

Tél. : 0661162001 Total des frais engagés : 200 + 520,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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 : CASA

Le : 14/01/2021

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
18/02/2011			20014	INP : 0880499

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
	13/11/2009	B370	520,80 DHS

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.																										
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																						
				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			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"/>																						
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</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>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			
	H		H																							
	25533412	21433552																								
	00000000	00000000																								
	D		G																							
	00000000	00000000																								
	35533411	11433553																								
	B																									
	(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																						

Docteur Fatiha Chemlali

Médecine Générale

Echographie

الدكتورة فتيحة شملالي

**الطب العام
الفحص بالصدى**

Casablanca, le : 13/01/2021 في الدار البيضاء

Benamat Amine

NFB

Ferrichine

Examen

Laboratoire d'Analyses
Médicales du Maroc
Av. Dr Mohamed Sijel
Rés. Lalla Khaddouj - Casablanca
Tél: 0522 20 32 36 Fax: 0522 20 32 37

Docteur Fatiha CHEMLALI
Médecine Générale
Echographie
119, Bd. Bourgogne - 1er étage - Casa
Tél: 022.22.85.46

Signature of Dr. Fatiha Chemlali

119, شارع بوركون - أقامة فينيسيا - الطابق الاول (امام مستوصف احد) الدار البيضاء - الهاتف : 0522.22.85.46

119, Bd. Bourgogne - Résidence Phénicia - 1er étage(en face de centre de santé OUHOUD)Casablanca - Tél : 0522.22.85.46

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES DU PHARE

Résidence Lalla Khaddouj, Avenue Dr Mohamed Sijelmassi - Bourgogne - Casablanca

Tél : 0522 20 32 36 - Fax : 0522 20 32 86

Patente : 35615040

I.F. : 40530035

CNSS : 7700447

ICE : 001649183000006

INPE : 093060473

Casablanca le 13 janvier 2021

Enfant BENAMAR YASMINE

FACTURE N°	4296
------------	------

Analyses :

Numération formule sanguine Micros -----	B	80	
Ferritine -----	B	250	
Parasitologie des selles 1er recueil -----	B	40	Total : B 370

Prélèvements :

Sang-----	Pc	1,5	
-----------	----	-----	--

TOTAL DOSSIER

520,80 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Cinq Cent Vingt Dirhams et Quatre vingt Centimes

Laboratoire
Médicales
Av. Dr Mohamed Sijelmassi
Rés. Lalla Khaddouj
Tél: 0522 20 32 36 Fax 0522 20 32 86



Dr Kaoutar MOUMILE

Pharmacien Biologiste - D.E.S de Biologie Médicale de l'Université Paris XI
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris - Ancien Praticien Attaché en Microbiologie à l'hôpital Necker - Paris

Prélèvement effectué le : 13/01/21

Edition du : 14/01/21

Dr **FATIHA CHEMLALI**

Enfant BENAMAR YASMINE

Né (e) le : 19/12/2006

Référence : 21A138

Hématologie

NUMERATION GLOBULAIRE

(XP300, Sysmex)

			Normales (de 6 à 12 ans)	Antériorités
HEMATIES -----	3,11	* M/mm ³	4 - 5,4	
Hémoglobine -----	4,5	* g/100 ml	12,5 - 14,5	
Hématocrite -----	19	* %	35 - 45	
Volume globulaire VGM -----	61	* µ3	79 - 93	
Charge TGMH -----	15	* pg	26 - 32	
Concentration CCMH -----	24	* g/100 ml	31 - 37	
LEUCOCYTES -----	8 000	/mm ³	4500 - 13500	
Neutrophiles -----	56	%	2000 - 7500	
Eosinophiles -----	2	%	< 500	
Basophiles -----	0	%	< 100	
Lymphocytes -----	39	%	1500 - 6500	
Monocytes -----	3	%	< 1000	
PLAQUETTES -----	340 000	/mm ³	150000 - 400000	

Biochimie

Ferritine -----	<1,50	ng/ml	15 - 80
-----------------	-------	-------	---------

(ELFA, Vidas, Biomérieux)

LABORATOIRE DU PHARE
Dr Kaoutar MOUMILE
Biologiste Médicale
Av. M. Sijelmassi Rés. Lalla Khaddouj
Casablanca
Tél: 0522 20 32 36 - Fax: 0522 20 32 06

Prélèvements à domicile sur rendez-vous

Page 1/2

Biochimie - Hormonologie - Bactériologie - Parasitologie - Mycologie - Virologie - Immunologie - Hématologie - Biologie de la reproduction

Rés. Lalla Khaddouj, Av. Med. Sijelmassi, RDC, Bourgogne, Casablanca - Tél.: 05 22 20 32 36 - GSM : 06 97 50 56 72 - Fax : 05 22 20 32 86

E-mail : contact@laboratoireuphare.ma - Site web : www.laboratoireuphare.ma



Dr Kaoutar MOUMILE

Pharmacien Biologiste - D.E.S de Biologie Médicale de l'Université Paris XI
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris - Ancien Praticien Attaché en Microbiologie à l'hôpital Necker - Paris

Prélèvement effectué le : 13/01/21
Edition du : 14/01/21
Dr FATIHA CHEMLALI

Enfant BENAMAR YASMINE
Né (e) le : 19/12/2006
Référence : 21A138

Examen parasitologique des selles

Date du recueil : 14/01/2021
Modalité de recueil : Prélèvement apporté au laboratoire

ASPECT MACROSCOPIQUE DES SELLES

Aspect : Normal
Consistance : Selles dures

CYTOLOGIE

Leucocytes : Absence
Hématies : Absence
Cristaux de Charcot-Leyden : Absence

EXAMEN PARASITOLOGIQUE MACROSCOPIQUE

Eléments parasitaires : Absence

EXAMEN PARASITOLOGIQUE MICROSCOPIQUE EXTEMPORANE ET APRES COLORATION DE MIF

Absence de formes végétatives d'AMIBES et autres PROTOZOAIREs

APRES CONCENTRATION PARASITAIRE

(Techniques d'enrichissement de RITCHIE et BALLANGER)

Absence de kystes d'AMIBES et autres PROTOZOAIREs.

Absence d'oeufs d'HELMINTHES et de LARVES d'ANGUILLULEs

LABORATOIRE DU PHARE
Dr Kaoutar MOUMILE
Biologiste Médicale
Av. M. Sijelmassi Rés. Lalla Khaddouj
Casablanca
Tél: 0522 20 32 36 - Fax: 0522 20 32 06

Prélèvements à domicile sur rendez-vous

Page 2/2

Biochimie - Hormonologie - Bactériologie - Parasitologie - Mycologie - Virologie - Immunologie - Hématologie - Biologie de la reproduction

Rés. Lalla Khaddouj, Av. Med. Sijelmassi, RDC, Bourgogne, Casablanca - Tél.: 05 22 20 32 36 - GSM : 06 97 50 56 72 - Fax : 05 22 20 32 86

E-mail : contact@laboratoireduphare.ma - Site web : www.laboratoireduphare.ma