

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

### Informations 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.

### Biologie 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)

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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° M20- 0008724

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00313 Société : 57454

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ELOUAFI ZOHRA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 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 :

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° M20-08724

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																	
				<b>Coefficient des travaux</b>																
				<b>Montant des soins</b>																
				<b>Début d'exécution</b>																
				<b>Fin d'exécution</b>																
<b>O.D.F.</b> Prothèses dentaires 	Détermination du coefficient masticatoire			<b>Coefficient des travaux</b>																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553				<b>Montant des soins</b>
	H		G																	
	25533412	21433552	00000000	00000000																
00000000	00000000	00000000	00000000																	
35533411	11433553																			
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			<b>Date du devis</b>																	
			<b>Fin d'exécution</b>																	
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution																		

<b>VOLET ADHERENT</b>		NOM :	Mle
DECLARATION N°		<b>P 17 / 0043563</b>	
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			



P 17 / 0043563

DATE DE DEPOT

24/01/2011

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mle	Signature de l'adherent
Nom & Prénom		EL OAFI ZOUBA	
Fonction	Phones	0622215328	
Mail		ABEC3	
<b>MEDECIN</b>		Prénom du patient EL OAFI ZOUBA	
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>		Age	Date
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Signature et cachet du médecin
		Montant détaillé des honoraires	
<b>PHARMACIE</b>		Date	Signature et cachet du Pharmacien
Montant de la facture			
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>		Date	LABORATOIRE PANORAMIQUE D'ANALYSES MEDICALES Dr. KADIRI Mohamed Biologiste Tel: 0522522961
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
B220-4PC	300 DH		
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>		Date	MUPRAS CACHET
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC		
IM	IV		



CENTRE CARDIOVASCULAIRE  
LES HÔPITAUX

Secrétariat : 05 22 86 33 66  
Télécopie : 05 22 86 33 55

E-mail : labcardio@menara.ma

**Docteur Mohamed LEBBAR**  
Cardiologue Médico - Chirurgical

Casablanca, le 18-1-21

Nom : WAFI

Prénom : Youssef

## ANALYSES DEMANDEES

☐ NFS - VS

☒ GLYCEMIE

☒ HB A1C

☐ UREE

☐ CREATININE

☐ ACIDE URIQUE

☒ CHOLESTEROL HDL + LDL

☒ TRIGLYCERIDES

☐ TRANSA - 8GT

☐ HIV

☐ PSA

☐ SEROLOGIE HEPATITES B et C

☐ TP

☐ INR

☐ TSH

☐ T4

☐ CHIMIE URINAIRE

☐ CBU

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES  
Dr. K. LEBBAR  
Tél. 05 22 86 33 61

Docteur Mohamed LEBBAR  
4, Rue Tarik Ibn Ziad - Quartier des Hôpitaux  
Casablanca  
Tél. 05 22 86 33 66 Fax 05 22 86 33 55





الدكتور (الفاوري) محمد  
أخصائي في التحليلات الطبية

# مختبر التحليلات الطبية بانوراميك LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES PANORAMIQUE

**Dr. KADIRI Mohamed**  
**Biologiste**

Diplômé de L'Université de REIMS des Spécialités Biochimie Clinique  
Immunologie Générale Bactériologie et Virologie Clinique  
Diagnostic Biologique et Parasitaire  
D.U Assurance Qualité en Biologie Médicale de L'Université de Paris  
Ex. Attaché des Hopitaux de France

**Facture N° :** 347  
**Casablanca le** 20 janvier 2021  
**A l'attention de :** **Mme EL OUAFI ZOHRA**

## Analyses :

Glycémie (a jeun) -----	B	30
Cholestérol total -----	B	30
Triglycérides -----	B	60
Cholestérol HDL -----	B	50
Cholestérol LDL -----	B	50

## Prélèvements :

Sang----- Pc 1,5

**Total dossier : 300,00 DH**

**Arrêtée la présente facture à la somme de :**  
**Trois Cents Dirhams**

LABORATOIRE PANORAMIQUE  
D'ANALYSES MEDICALES  
Dr. KADIRI Mohamed  
Biologiste  
Tél : 05 22 52 29 61



الرئيس (الفاوري) محمدر  
أخصائي في التحليلات الطبية

# مختبر التحليلات الطبية بانوراميك LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES PANORAMIQUE

**Dr. KADIRI Mohamed**  
**Biologiste**

Diplômé de L'Université de REIMS des Spécialités Biochimie Clinique  
Immunologie Générale Bactériologie et Virologie Clinique  
Diagnostic Biologique et Parasitaire  
D.U Assurance Qualité en Biologie Médicale de L'Université de Paris 7  
Ex. Attaché des Hopitaux de France

Dossier ouvert le : 20/01/21.  
Prélèvement effectué à 09:34

**Mme EL OUAFI ZOHR**  
**Docteur MOHAMED LEBBAR**  
Dossier N° : 21A1556

## BIOCHIMIE

GLYCEMIE (à jeûn)	:	1,03	g/l	0,7 - 1,1
	Soit :	5,7	mmol/l	3,9 - 6,1
CHOLESTEROL TOTAL	:	2,07	g/l	< 2,2
	Soit :	5,34	mmol/l	< 5,676
TRIGLYCERIDES	:	1,36	g/l	0,4 - 1,65
	Soit :	1,55	mmol/l	0,46 - 1,88
CHOLESTEROL HDL	:	0,42	g/l	0,35 - 0,6
	Soit :	1,08	mmol/l	0,903 - 1,548
CHOLESTEROL LDL	:	1,34	g/l	< 1,6
calculé selon la formule deFriedewald	Soit :	3,46	mmol/l	< 4,128
valable que si les TG <4g/l				

Valeurs souhaitables du LDL(eng/l) en fonction du nombre de facteurs de risque cardiovasculaire selon l'AFSSAPS

Absence de facteurs de risque:LDL<2,2

Présence de facteurs de risque:LDL<1,9

Présence de2 facteurs de risque:LDL<1,6

Présence de plus de 2 facteurs de risque:LDL<1,3

Présence d'antécédants de maladie cardiovasculaire:LDL<1

Selon l'AFSSAPS les facteurs de risque sont: l'age;antécédants familiaux de maladie coronaire précoce

LABORATOIRE PANORAMIQUE  
D'ANALYSES MEDICALES  
Dr. KADIRI Mohamed  
Tél.: 0522 52 29 61