

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES RÉJETS

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.

Médecine 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.

Éducation :

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 canalaire, 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 canalaire.

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- 054759

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1417 Société : 63473

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : WASMIH MOHAMED

Date de naissance : 10/01/1949

Adresse : 33 Rue 131 GRP N QUARTIER OULFA

Tél. : 0677-066053

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01/03/2021

Nom et prénom du malade : H' WASMIH Med.

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 forme confidentielle 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 : 01/03/2021

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 01/03/21 | C2 | | G | Docteur KARIM MASSIRAH 20, Rue Oum Kalthoum Bd Al Massirah 39 31 07 - Kairouan INP 091000013 Tel: 0522 39 31 07 - Fax: 0522 39 31 07 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|--------|-----------------------|
|  ZEKRI Abdellatif Docteur en Pharmacie 122-224 Bd Oued Moutawia Beldjana - Tel: 0522.90.51.15 0022912200000771 | 8/3/21 | 41.95 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------------|------------------------------|------------------------|
|  | 06/03/2011 | 80 | 141,00 |

AUXILIAIRES MEDICAUX

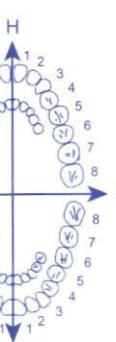
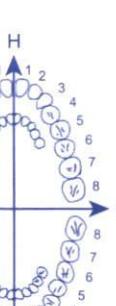
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | |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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

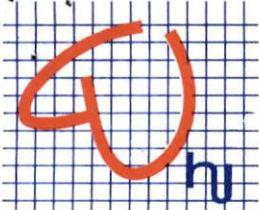
Important :

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

| 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 | | | |
|  | H 25533412 00000000 D 00000000 B 35533411 | G 21433552 00000000 00000000 11433553 | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | 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'EXECUTION



CABINET DE CARDIOLOGIE ET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES

Résidence Star Youness , Rue Oumaima Sayeh, N°20, 2ème étage, Appt. N°6
Boulevard Al Massira Al Khadra , Quartier Racine - Casablanca 20000

الدكتور حسن جمی
أمراض القلب والشرايين

Dr. Hassan JAMMI
CARDIOLOGUE

Diplômé de l'Université
de Nice - Sophia Antipolis
Ex. Assistant spécialiste
des Hôpitaux de France

Casablanca, le 01 MARS 2021

BILAN BIOLOGIQUE

Nom : A. Wasmih Prénom : Jol.

Age : Sexe : H F

- | | |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> NFS, Pg. | <input type="checkbox"/> Cholesterol Total |
| <input type="checkbox"/> VS | <input type="checkbox"/> Triglycérides |
| <input type="checkbox"/> Lonogramme sanguin | <input type="checkbox"/> HDL-Cholesterol |
| <input type="checkbox"/> Got/GPT | <input type="checkbox"/> LDL-Cholesterol |
| <input type="checkbox"/> Gamma GT, Phosphatase Alcaline | <input type="checkbox"/> Acide urique sanguin |
| <input type="checkbox"/> Urée sanguine | <input type="checkbox"/> T3 |
| <input type="checkbox"/> Créatinémie | <input type="checkbox"/> T4 |
| <input type="checkbox"/> Glycémie à jeûn | <input type="checkbox"/> TSH US. |
| <input type="checkbox"/> Glycémie post prandiale | <input type="checkbox"/> TP INR |
| <input type="checkbox"/> HbA1c | <input type="checkbox"/> Vit. D2 D |
| <input type="checkbox"/> PSA | <input type="checkbox"/> TROPONI |
| <input type="checkbox"/> Microalbuminurie | <input type="checkbox"/> BNP |
| | <input type="checkbox"/> Autres : |



Mr. WASMII Mohamed
M 10-01-1949
2103063044
Date/Horaire 06-03-2021
Prélèvement 00-00-00
-PRELEVEMENT-

Docteur Hassan JAMMI
CARDIOLOGUE
20, Rue Oumaima SAYAH
Bd. Al Massira Al Khadra Casa
Tél.: 0522 39 31 01 - Fax: 0522 36 79 35
INP: 091080218

PHARMACIE WILAYA MOULOUYA

Mr ZEKRI Abdelâti

Docteur en Pharmacie

220/222//224, Bd Oued Moulouya

El Oulfa - CASABLANCA

Tel : 05.22.90.51.13

TP : 36001574

ICE : 002291220000071

Casablanca le.....

Nom : Was Mih

Mohammed

813121

FACTURE

| QTE | PRODUIT | P.U | TOTAL |
|-----|---------------|---|-------|
| 1 | Trimedat Sclt | 45,90 | |
| | | <p>LOT : 2286 U.T. AV : 07-25 P.P.V : 45 DH 90</p> <p>Trimedat* 150 mg Granulés pour suspension buvable, 20 sachets</p> <p>6 118000 094319</p> <p>Barcode</p> | 45,90 |

Laboratoire Casalab Palmier SCP

Docteur M.Bezzari - Médecin Biogiste UCL Belqique
Docteur K.Ouazzani - Pharmacien Biogiste



مختبر
التحاليلات الطبية

FACTURE N° 2103063044 LABORATOIRE CASALAB PALMIER

Casablanca le 06-03-2021

INPE : 093002574

Mr Mohamed WASMIH

Demande N° 2103063044
Date d'examen : 06/03/2021

Récapitulatif des analyses

| CN | Analyse | Val | Clefs |
|---------------|--|------------|--------|
| PSA-A 0216 | Prise de sang Adulte Numération Formule (Globules rouges/Blancs/plaquettes) | E25 B80 | E B |

Total des B : 80

Arrêtée la présente facture à la somme de : * 141.00 DH *
cent quarante et un dirhams



C

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES CASALAB PALMIER SCP

50, rue Al Mortada - PALMIER - CASABLANCA

•Télé : 0522 98 83 83 •Fax : 0522 236729 •GSM : 0678 737371 - 0662 185698 •Email : accueil.casalab@gmail.com

www.casalabpalmier.com •IF : 37741235 •Patente : 34771789 •CNSS : 6576120 •ICE : 002189772000081



| | | |
|------------------|--------------------------|-------------------------|
| Dossier N° : | 2103063044 | Patient N° : 2103063044 |
| Résultats de : | Mr Mohamed WASMIH | |
| Né(e) le : | 10/01/1949 – 72 ans | |
| N° CIN : | | |
| 20000 CASABLANCA | | |
| 0.00 | | |

Monsieur Le Dr HASSAN JAMMI

(Cardio)

20, Rue Oumaima Sayeh Bd Al Masiira Al

Khadra

21000 CASABLANCA

05.22.36.79.35

Edition du : 06-03-2021 à 11:04

Dossier enregistré le 06/03/2021

Date du prélèvement : 06-03-2021 09:15

< Compte-rendu complet validé technique par : ZK >

Cher confrère, nous vous remercions de votre confiance, et nous vous transmettons les résultats de votre patient.

HEMATOCYTOLOGIE

HEMOGRAMME

| | | | |
|--------------------|-------|----------------------------------|----------------|
| Leucocytes : (RC) | 4,280 | 10 ³ /mm ³ | (3,600–10,500) |
| Hématies : (RC) | 4,590 | 10 ⁶ /mm ³ | (4,000–5,650) |
| Hémoglobine : (RC) | 14,00 | g/dL | (12,50–17,20) |
| Hématocrite : (RC) | 41,4 | % | (37,0–49,0) |
| VGM : (RC) | 90,2 | fL | (80,0–101,0) |
| TCMH : (RC) | 30,1 | pg | (27,0–34,0) |
| CCMH : (RC) | 33,3 | g/dL | (31,5–36,0) |
| RDW : (RC) | 13,1 | % | (0,0–18,5) |



Formule Leucocytaire:

| | | |
|----------------------------|--------------|---------------|
| Neutrophiles : (RC) | 56,4 % | |
| | 2 414 /mm3 | (1 600-5 900) |
| Eosinophiles : (RC) | 0,8 % | |
| | 34 /mm3 | (30-500) |
| Basophiles : (RC) | 0,4 % | |
| | 17 /mm3 | (0-90) |
| Lymphocytes : (RC) | 30,0 % | |
| | 1 284 /mm3 | (1 070-4 100) |
| Monocytes : (RC) | 12,4 % | |
| | 531 /mm3 | (230-710) |
| Plaquettes: (RC) | 113 10^3/mm3 | (160-370) |

Absence d'agrégats plaquettaires
Résultat contrôlé sur un tube citraté

Commentaire sur l'hémogramme
(RC) : Résultat contrôlé

Cytologie vérifiée sur frottis

Validation biologique par : Le Dr M. BEZZARI Dr K. OUAZZANI

Le Dr M. JENANE

