

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

ditions 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.

armacie :

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.

cique :

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.

ntaire :

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

Nº M21- 0006868

66292

Optique

Autres

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 8767 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BOUKHRIS AZIZ

Date de naissance : 06 . 03 . 68

Adresse :

Tél. 06-61-81-73-59 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 :

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº M21-006868

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 :

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.

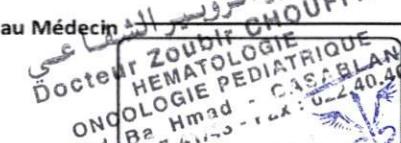
Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>SA 67</u>	Société :		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>A. H. Z. Ben Yousfi</u>			
Date de naissance : <u>06 - 05 - 68</u>			
Adresse : <u>Carré GRIEEN TOWN 11 Bât 11 1mm 11 Alles 03</u>			
Tél. : <u>05 22 21 73 58</u> Total des frais engagés : _____ Dhs			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :  Docteur Zoubir CHOUFFAI HEMATOLOGIE ONCOLOGIE PEDIATRIQUE Bd Ba Hmad - CASABLANCA TEL: 022.24.74.11.11 / 0522.40.40.10			
Date de consultation : <u>15/10/2020</u>			
Nom et prénom du malade : <u>Zoubir H. Z. Iyad</u>			
Age: _____			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <u>Hémopathie & Diabète</u>			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : _____			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous brouillon 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 : <u>DOCTEUR ZOUBIR CHOUFFAI</u>			
Signature de l'adhérent(e) : <u>Z. H. Z. Iyad</u>			

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
13/10/2005			Acte 82	INP 0010472B1 CHOUETTE AGENCE TRIQUE BLANCA 10.40.70

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Docteur	N° de Régistre	Montant de la Facture
		ONCOLOGIE	Hmt 31.4.2022	
		100-00224	Télé : 022 24 31 40	

ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
IRPA Mohamed Bouzid Casablanca Algérie	Mer 10.9.0	B 680	536,10

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIBES

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'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE RÉVIS

VISÉ ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

LABORATOIRE TAZI D'ANALYSES MEDICALES

78, Rue d'Alger - CASABLANCA

Tél. : 0522 27 28 08 - 27 53 88 - 27 52 39 . Fax : 0522 29 64 86

I.F. 40 30 32 50 ICE 001656516000089 INPE: 093001246



Docteur Zoubir CHOUFFAI

HEMATOLOGISTE

ONCOLOGIE PEDIATRIQUE
Ancien Enseignant Faculté de Médecine
et C.H.U Ibn Rochd (Casablanca)
Ancien assistant F.F.
Institut Gustave Roussy (Villejuif - France)
Sur Rendez-vous

الدكتور زوبير الشفاعي

إخلاصاني في أمراض الدم

أنكلوجيا الأطفال

أستاذ مساعد سابق بكلية الطب

والمركز الجامعي ابن رشد (الدار البيضاء)

مساعد سابق

بعهد كومساتاف روسي

(فيل جويف - فرنسا)

بالموعد

Nom et Prénom : C. Rock Et Ross

Date :

14/02

BILAN BIOLOGIQUE



091042291

Faire faire SVP ;

NFS Plaquettes.

Réticulocytes.

Etude Morphologie des Hématies.

Etude Morphologie des Plaquettes.

Etude Morphologie des Leucocytes.

Cellules Anormales.

Férritinémie.

Etude des Hémoglobines en HPLC.

Fer Sérique.

CTF.

Urée

VS

Hémoglobine Glycosylée.

Créatinine

Clairance à la Créatinine.

CRP

Glycémie.

Triglycérides.

Cholestérol, LDH, HDL.

Electrophorèse des Protéines Sériques.

Recherche Protéinurie Bence Jones.

IF Protéines Sériques.

IF Protéines Urinaires.

Dosage Pondéral chaînes légères libres.

Bêta 2 Microglobuline.

GOT- GPT- Ph. Alcalines- GGT.

BT-BC.

Haptoglobine.

LDH.

Sérologie HCV

Sérologie Hbs Ag-Ac.

TSHus - T4l - T3

HIV 1-2

HTLV1.

Parvovirus.

EBV développée

RAI

Ionogramme Sanguin.

Test Coombs Direct.

Waaler rose

Anti SSA.

Recherche de Cryoglobulines.

Ac Anti-DNA natif.

Anti Peptides Citrullines.

Réaction au Latex

TCA.

Fibrinémie.

Ac. Anti-nucléaires.

Homocystéine.

TCA avec preuve T+M.

TP.

Protéine S.

Tps saignement (IVY)

Résistance Protéine C Activée.

Ac Anti-phospholipides.

Dosage Protéine AT3

Autres

Protéine S.

Bilan à faire S.V.P le

13/02

05.22.40.40.70 - 05.22.24.81.61/63 - 05.22.24.37.41/43 - الهاتف : 05.22.24.37.41/43 - الفاكس : 05.22.24.37.41/43

152, Boulevard Ba hmad - Belvédère - Casablanca - Tél. : 05.22.24.81.61/63 - 05.22.24.37.41/43 - Fax : 05.22.40.40.70

En Cas d'Urgence : Clinique Val d'Anfa - Tél. : 0 522.39.69.39 / 06.61.33.74.37

الدكتور زوبير الشفاعي
DOCTEUR Zoubir CHOUFFAI

HEMATOLOGIE
ONCOLOGIE PEDIATRIQUE
CASABLANCA
152, Bd Ba hmad
Tél. 0522 24 37 41 / 05 22 40 40 70

ONCOLOGIE
PEDIATRIQUE
HEMATOLOGIE



مختبر التازي للتحاليلات الطبية

LABORATOIRE TAZI D'ANALYSES MEDICALES

TAZI MOHAMED

NF EN ISO 9001:2008

ASCII

CERTIFICAT MA-2015-XIV.

QUALITATEM

www.ascii-qualitatem.fr

TAZI KARIM

PHARMACIENS BIOLOGISTES - DIPLOMES D'ETUDES SPECIALES DE BIOCHIMIE, IMMUNOLOGIE,
HEMATOLOGIE, BACTERIOLOGIE ET VIROLOGIE

Docteur ZOUBIR CHOUFFAI

152, Boulevard Ba Hmad

Clinique du Belvédère

CASABLANCA

Examen du 14/10/20 - Edité le 14/10/20

Monsieur BOUKHRIS IYAD

Réf. : 20J622

Page : 1/3

ANALYSES

RESULTATS

UNITES

NORMALES ANTECEDENTS

NUMERATION SANGUINE (AUTOMATE SYSMEX XT-4000i)

HEMATIES -----	4,75	10 ⁶ /mm ³	4,2 - 5,55	15/09/20
HEMOGLOBINE -----	13,9	g/100 ml	4,76	
HEMATOCRITE -----	43,2	%	12 - 18	14,1
- VGM -----	91	μ ³	33 - 54	43,4
- TGMH -----	29	pg	83 - 98	91
- CGMH -----	32	g/100 ml	27 - 33	30
			30 - 35	32
LEUCOCYTES -----	5 600	/mm ³	4000 - 10000	6300
<u>FORMULE</u>				
POLYNUCLEAIRES NEUTROPHILES -----	41	%	30 - 60	44
ou				
POLYNUCLEAIRES EOSINOPHILES -----	4	%	2000 - 7500	2772
ou			1 - 3	5
POLYNUCLEAIRES BASOPHILES -----	0	%	< 1	315
ou				0
LYMPHOCYTES -----	46	%	30 - 60	0
ou				42
MONOCYTES -----	9	%	1500 - 6500	2646
ou			2 - 10	9
				567
PLAQUETTES-----	186 000	/mm ³	150000 - 400000	216000

BIOCHIMIE (AUTOMATE ROCHE COBAS 6000)

BILIRUBINE TOTALE -----	7	mg/l	3 - 10	4
ou		12 μmol/l		
BILIRUBINE LIBRE -----	4	mg/l	3 - 10	2
ou		7 μmol/l		
BILIRUBINE CONJUGUEE -----	3	mg/l		2
ou		5 μmol/l		



مختبر التازي للتحاليل الطبية

LABORATOIRE TAIZI D'ANALYSES MEDICALES

TAZI MOHAMED

PHARMACIENS BIOLOGISTES - DIPLOMES D'ETUDES SPECIALES DE BIOCHIMIE, IMMUNOLOGIE,
HEMATOLOGIE, BACTERIOLOGIE ET VIROLOGIE

NF EN ISO 9001:2008

ASCII

CERTIFICAT MA-2015-XIV.

QUALITATEM

www.ascii-qualitatem.fr

TAZI KARIM

Docteur ZOUBIR CHOUFFAI

152, Boulevard Ba Hmad

Clinique du Belvédère

CASABLANCA

Examen du 14/10/20 - Edité le 14/10/20

Monsieur BOUKHRIS IYAD

Réf. : 20J622

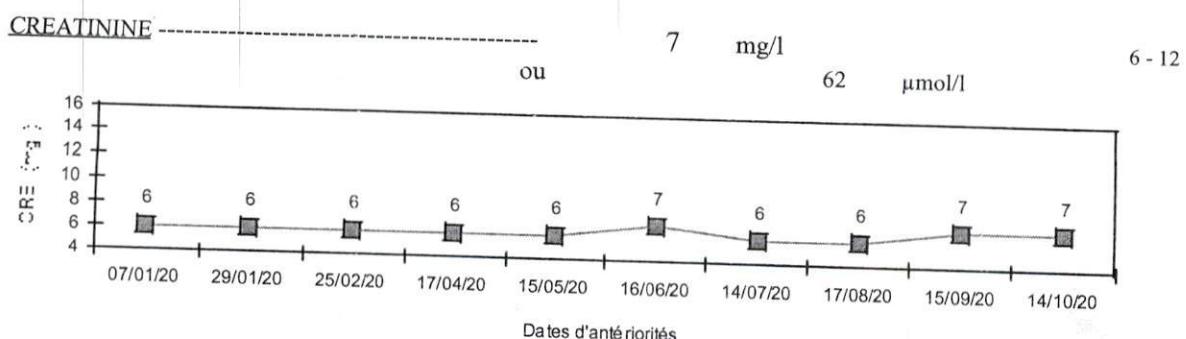
Page : 2/3

ANALYSES

RESULTATS

UNITES

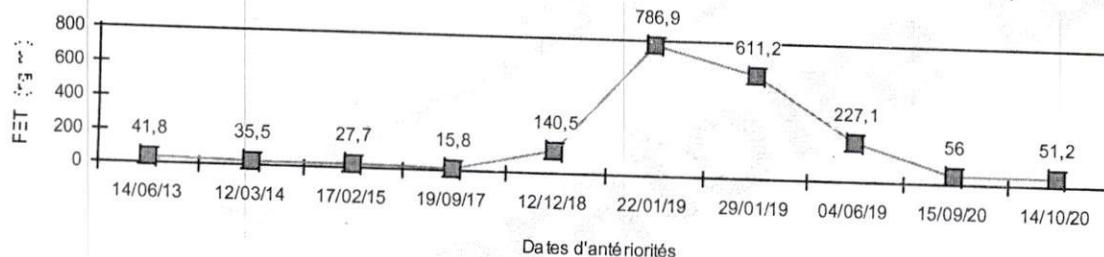
NORMALES ANTECEDENTS



FERRITINE 51,2 ng/ml 56,0

Valeurs usuelles

Homme adulte : 30 - 400
Femme adulte : 13 - 150:
Enfant : 7 - 140





مختبر التازي للتحاليلات الطبية

LABORATOIRE TAIZI D'ANALYSES MEDICALES

TAZI MOHAMED

NF EN ISO 9001:2008

ASCII

CERTIFICAT MA-2015-XIV.

QUALITATEM

www.ascii-qualitatem.fr

TAZI KARIM

PHARMACIENS BIOLOGISTES - DIPLOMES D'ETUDES SPECIALES DE BIOCHIMIE, IMMUNOLOGIE,
HEMATOLOGIE, BACTERIOLOGIE ET VIROLOGIE

Docteur ZOUBIR CHOUFFAI

152, Boulevard Ba Hmad

Clinique du Belvédère

CASABLANCA

Examen du 14/10/20 - Edité le 14/10/20

Monsieur BOUKHRIS IYAD

Réf. : 20J622

Page : 3/3

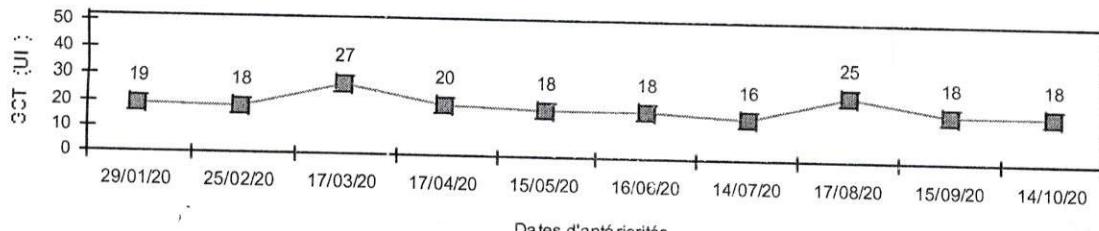
ANALYSES

RESULTATS

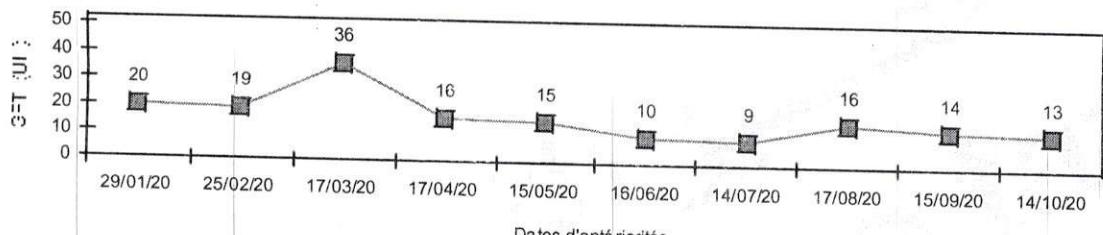
UNITES

NORMALES ANTECEDENTS

TRANSAMINASES OT ----- 18 UT/1 < 40 18



TRANSAMINASES PT ----- 13 UI/I < 40 14



PHOSPHATASES ALCALINES ----- 151 UI/I < 455 156

PROTEINE C REACTIVE ----- 1,0 mg/l < 6 1,0

LABORATOIRE TAIZI
TAZI KARIM
CLINIQUE DU BELVEDERE
78, RUE D'ALGER - CASABLANCA - TEL. : 0522 27 53 88 - 0522 47 35 79 - FAX : 0522 29 64 86
TP : 35.504.101 - IF : 40303250 - RC : 187.112 - ICE : 001656516000089 - Site web : www.labotazi.ma - mail : labo.tazi@yahoo.i