

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.

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.

Educational :

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.

Maladie :

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

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° M20- 0009577

21072

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4953 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : CHABAB AIN BERNA ZONE D

Date de naissance : 10/01/61

Adresse : Imm 9 Apt 11 CAS A

Tél. : 0661302886 Total des frais engagés : 478,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 18 MAI 2021

Nom et prénom du malade : BOUGAZDI HAEIDA Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection chronique

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 : CAS A Le : 29/04/21

Signature de l'adhérent(e) :

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29/04/2021	228,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<p>Dr. BENNANI MOUHSSINE</p> <p>Rue 3 Amal 3 - Sidi Bernoussi Casa</p> <p>22 75 67 85 183</p>	29/4/21	p210	250,000

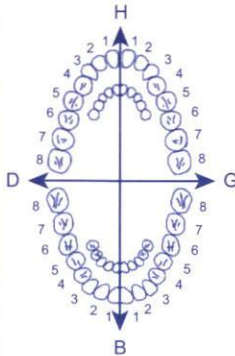
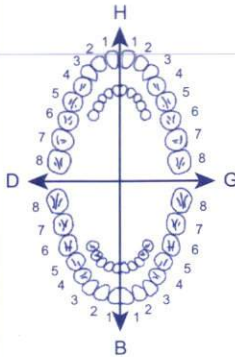
[illegible]

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 canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>DEBUT D'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>FIN D'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 </div> </div> B			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>DATE DU DEVIS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>DATE DE L'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div>
	[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

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

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

Dr SEKKAT Jihane

الدكتورة جيهان السقاط

RHUMATOLOGUE

Maladies des Os, articulations,
colonne vertébrale et la Goutte
Echographie ostéo-articulaire
Rhumatologie interventionnelle



أخصائية في أمراض الروماتيزم

أمراض العظام والمفاصل،
والروماتيزم، العمود الفقري،
الهشاشة والتقرس،
الفحص بالصدى

29 avril 2021

Mme BOUGAJDI Hafida

COLCHICINE 1 MG

1 Cp / jour

2 mois

TRACET CP

1 cp/jour le soir pdt 2 jours a 17 H
Puis 1 cp x 2 / Jour pdt 10 jours

INEXIUM 40 MG

1 gelule / j pendant 10 jours (le matin à jeun 1/4 heure avant le
repas)

SYNTHEMEDIC
23 rue zoubair benou al anassi roches
noires casablanca
INEXIUM

40 mg Cpr GR
Boîte 14
64116DMP/21NRQ P.P.V. 123,60 DH
6 118001 020607

PPV: 61DH50
PER: 10/23
LOT: J2765

Tél. : 0522 01 07 07 - Gsm : 0610 55 57 57 - E-mail : jihane.sekkat@gmail.com

المجمع الطبي أناسي : 8، السلام 1، شارع محمد الزفاف، إقامة ريم 1، ش 17، الطابق 3 (قرب بريد المغرب-أناسي) - الدار البيضاء
Complexe Médical Anassi : Bd Med ZAFZAF, Rym1, N° 8, 3ème étage, N° 17, Anassi - Casablanca

Dr SEKKAT Jihane

الدكتورة جيهان السقاط

RHUMATOLOGUE

Maladies des Os, articulations,
colonne vertébrale et la Goutte
Echographie ostéo-articulaire
Rhumatologie interventionnelle



أخصائية في أمراض الروماتيزم

أمراض العظام والمفاصل،
والروماتيزم، العمود الفقري،
الهشاشة والتقرس،
الفحص بالصدى

29/07/24

Mr. Bouajdi Haido

LABORATOIRES Médicales
LABOFAR
Dr. BENNANI Mouhssine
Rue 3 Amal 3 - Sidi Bernoussi Casa
Tél : 05 22 75 52 85 / Fax : 05 22 75 62 86

MFT

US CAP

Dr SEKKAT Jihane
Rhumatologue
Bd Med Zafzaf Anassi
Tél : 05 22 01 07 07

Tél. : 0522 01 07 07 - Gsm : 0610 55 57 57 - E-mail : jihane.sekkat@gmail.com

المجمع الطبي أناسي : 8، السلام 1، شارع محمد الزفزاف، إقامة ريم 1، ش 17، الطابق 3 (قرب بريد المغرب-أناسي) - الدار البيضاء
Complexe Médical Anassi : Bd Med ZAFZAF, Rym1, N° 8, 3ème étage, N° 17, Anassi - Casablanca

**LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES****LABOFAR**

BIOCHIMIE - HÉMATOLOGIE - IMMUNOLOGIE -
BACTÉRIOLOGIE-VIROLOGIE - PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE

34, Rue 3, Amal 3, Sidi Bernoussi, Casablanca

Tél. : 05 22 75 62 85 - Fax : 05 22 75 62 86
Sans rendez-vous du Lundi au Vendredi : 08h00 - 17h00
et Samedi : 8h00 - 13h00

Dr BENNANI Mohammed Mouhssine
labofarbennani@gmail.com

FACTURE N° : 210400745

Mme BOUGAJDI (Ep CHELLIQ) Hafida

Référence : 21041765

Date de l'examen : 29-04-2021

Analyses :

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Prélèvement sanguin	E25	E
0216	Numération formule	B80	B
0223	VS	B30	B
0370	CRP	B100	B

Total des B : 210

TOTAL DOSSIER : 250.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : deux cent cinquante dirhams .

Laboratoire d'Analyses Médicales
LABOFAR
Dr. BENNANI Mouhssine
34, Rue 3 Amal 3 - Sidi Bernoussi Casa
Tél. : 05 22 75 62 85 / Fax : 05 22 75 62 86

ICE : 001535545000025

IF : 43900655

CNSS : 2175570

Patente : 31603034

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES LABOFAR

BIOCHIMIE – HÉMATOLOGIE – IMMUNOLOGIE –
BACTÉRIOLOGIE–VIROLOGIE – PARASITOLOGIE – MYCOLOGIE

Tél. : 05 22 75 62 85 - Fax : 05 22 75 62 86
Sans rendez-vous du Lundi au Vendredi : 08h00 - 17h00
et Samedi : 8h00 - 13h00

Dr BENNANI Mohammed Mouhssine
labofarbennani@gmail.com



Prélèvement du : 29-04-2021
Code Patient 18010758
Edition : 29-04-2021 à 14:26

Mme BOUGAJDI (Ep CHELLIQ) Hafida
Né(e) le : 05-12-1961 (59 ans – F)

Référence : 21041765
Médecin : Dr SEKKAT JIHANE
Prélèvement du : 29-04-2021

HEMATOLOGIE

HEMOGRAMME

			19-01-2021
Hématies :	4.13 M/mL	(4.00–5.40)	4.03
Hémoglobine :	12.5 g/dL	(12.5–15.5)	12.2
Hématocrite :	37.2 %	(37.0–45.5)	36.4
VGM :	90 fL	(80–95)	90
TCMH :	30 pg	(28–33)	30
CCMH :	34 g/dl	(30–35)	34
Leucocytes :	7 710 /mm ³	(4 000–10 000)	7 790
Polynucléaires Neutrophiles :	47.20 %		50.00
<i>Soit:</i>	3 639 /mm ³	(2 000–7 500)	3 895
Lymphocytes :	45.10 %		41.60
<i>Soit:</i>	3 477 /mm ³	(1 500–4 000)	3 241
Monocytes :	6.40 %		8.00
<i>Soit:</i>	493 /mm ³	(200–800)	623
Polynucléaires Eosinophiles :	1.00 %		0.40
<i>Soit:</i>	77 /mm ³	(100–400)	31
Polynucléaires Basophiles :	0.30 %		0.00
<i>Soit:</i>	23 /mm ³	(0–100)	0
Plaquettes :	326 000 /mm ³	(150 000–400 000)	260 000

Laboratoire d'Analyses Médicales
LABOFAR
Dr. BENNANI Mouhssine
34, Rue 3 Amal 3 – Sidi Bernoussi Casa
Tél.: 05 22 75 62 85 / Fax : 05 22 75 62 86

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES LABOFAR

BIOCHIMIE – HÉMATOLOGIE – IMMUNOLOGIE –
BACTÉRIOLOGIE–VIROLOGIE – PARASITOLOGIE – MYCOLOGIE

Tél. : 05 22 75 62 85 - Fax : 05 22 75 62 86
Sans rendez-vous du Lundi au Vendredi : 08h00 - 17h00
et Samedi : 8h00 - 13h00

Dr BENNANI Mohammed Mouhssine
labofarbennani@gmail.com

Référence : 21041765

Mme BOUGAJDI (Ep CHELLIQ) Hafida

VITESSE DE SEDIMENTATION (Méthode de Westergreen)

VS 1ère heure

8 mm

(<10)

12-01-2018

7

BIOCHIMIE SANGUINE

Protéine C-réactive (CRP)

(HITACHI 704)

<10.0 mg/L

(<10.0)

Demande validée biologiquement par : Dr. M.BENNANI

Laboratoire d'Analyses Médicales
LABOFAR
Dr. BENNANI Mouhssine
34, Rue 3 Amal 3 - Sidi Bernoussi Casa
Tél.: 05 22 75 62 85 / Fax : 05 22 75 62 86