

# 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.

## Educateur :

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 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 ALP :

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- 0008066

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5306 Société : 74617

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENZAHRA HALIMA EP MOUHAMED

Date de naissance :

Adresse : 22, RUE ABOU ABBAS EL AZE - CASABLANCA

Tél. : 06.66.49.42.29 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01/07/2021

Nom et prénom du malade : BENZAHRA HALIMA Age : 61 ans

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

Nature de la maladie : Lithiase vésiculaire

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019





# 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
01/03/2021	C2		300,000	MEDECIN DIRECTEUR 15, Rue Pasquier Bd. Abdelmoumen Tél. 05 22 99 43 79/80 - Casablanca

# 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
LABO SOCRATE Rés. Mohamed, Rue Socrate, Immeuble N°4 - 20 000 Casablanca Tél.: 0522 25 36 03 / 0522 22 11 00 Fax: 0522 25 85 08 Email: labo.socrate@menara.ma	01/03/2021	B 560 + PCH	775,40 DH

# AUXILIAIRES MEDICAUX

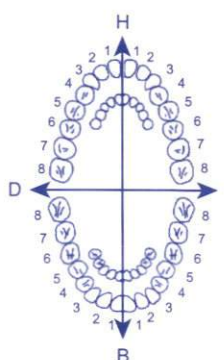
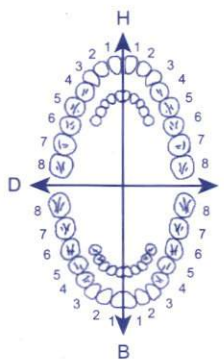
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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'

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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																										
	<table><tr><td colspan="2">H</td><td></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 colspan="2">B</td><td></td></tr></table>				H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX	
	H																										
	25533412	21433552																									
	00000000	00000000																									
	D		G																								
	00000000	00000000																									
	35533411	11433553																									
	B																										
	[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



090001181



Casablanca, le 04/03/2024

BENZAÏRA CY NOUGRADI Halie

- NFS
- Uré, créatinine
- Calcium
- Ac urique
- Cholest T, HDL, LDL
- Tension
- ECBU + Antibiogramme
- Glycémie
- Hb glycosylée

LABO SOCRATE  
مختبر سوكرات  
Laboratoire de biologie médicale Socrate

Rés. Masurel, Rue Socrate, Immeuble C N°4 - 20 000 Casablanca  
Tél.: 0522 23 36 03 / 0522 23 34 65 - Fax: 0522 25 85 08  
Email : labo.socrate@menara.ma

Dr. Nouredine ELMGHABBAR  
NEPHROLOGUE  
18, Rue Pasquier Bd. Abdelmoumen  
Tél: 05 22 99 43 79/80 - Casablanca



# LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES SOCRATE

Résidence Masurel ,Angle Rue Socrate et Bd Yacoub EL Mansour IMM C N°4 –  
CASABLANCA

Tél : 0522 23 36 03. Fax : 0522 25 85 08 - PATENTE : 35804986- CNSS : 6478417  
BP 19078021211 507790200 18 18. AGENCE YACOUB EL MANSOUR CASABLANCA  
IF 44409091 ICE 000114556000027 INP 0093001964

Dr. Abdellatif LOUDGHIRI  
Pharmacien Biologiste  
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Bactériologie–Biochimie–Hématologie  
Mycologie - Parasitologie – Virologie

**FACTURE N° : 210001137**

CASABLANCA le 04-03-2021

**Mme Halima BENZAHRA EP MOUHTADI**

Demande N° 210304A028

Numéro de l'adhérent :

Numéro de prise en charge :

Date de l'examen : 04-03-2021

Analyses :

## Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
PS	Prélèvement sang	E25	E
	Examen cyto bactériologique des urines	B120	B
0100	Acide urique	B30	B
0106	Cholestérol total	B30	B
0108	Cholestérol H D L	B50	B
0111	Créatinine	B30	B
0118	Glycémie	B30	B
0119	Hémoglobine glycosylée	B100	B
0134	Triglycérides	B60	B
0135	Urée	B30	B
0216	Numération formule	B80	B

Total des B : 560

TOTAL DOSSIER : 775.40DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : sept cent soixante-quinze dirhams quarante centimes

  
Rés. Masurel, Rue Socrate, IMM C N°4 - 20 000 Casablanca  
Tél: 0522 23 36 03 / 0522 23 36 05 - Fax: 0522 25 85 08  
Email: labo.socrate@menara.ma

Code Patient : 191014A026  
Date de l'examen : 04-03-2021

Saisie le 04-03-2021 11:45

Mme Halima BENZAIHRA EP MOUHTADI  
Réf : 210304A028  
Prescription : MGHABBAR

## HEMATOLOGIE

### HEMOGRAMME (Automate Sysmex XN-550)

#### NUMERATION

Leucocytes :	3 900 /mm <sup>3</sup>	(3 900-10 200)
Hématies :	5.04 10 <sup>6</sup> /mm <sup>3</sup>	(3.90-5.40)
Hémoglobine :	15.00 g/100mL	(12.00-15.60)
Hématocrite :	44.9 %	(35.5-45.5)
VGM :	89 µ3	(80-99)
TCMH :	29.8 pg	(27.0-33.5)
CCMH :	33.4 %	(30.0-36.0)

#### FORMULE LEUCOCYTAIRE

Polynucléaires Neutrophiles :	48.2 %	
Soit:	1 880 mm <sup>3</sup>	(1 500-7 700)
Polynucléaires Eosinophiles :	2.8 %	
Soit:	109.2 mm <sup>3</sup>	(20.0-500.0)
Polynucléaires Basophiles :	1.8 %	
Soit:	70.2 mm <sup>3</sup>	(0.0-200.0)
Lymphocytes :	36.4 %	
Soit:	1 419.6 mm <sup>3</sup>	(1 200.0-5 000.0)
Monocytes :	10.8 %	
Soit:	421.2 mm <sup>3</sup>	(100.0-900.0)
Plaquettes :	276 000 mm <sup>3</sup>	(150 000-370 000)

**210304A028 – Mme Halima BENZAHRA EP MOUITADI**

**Date de l'examen : 04-03-2021**

**BIOCHIMIE SANGUINE**

<b>Urée</b> (Dosage enzymatique)	0.25 g/l ✓ 4.17 mmol/l	(0.15–0.50) (2.50–8.33)
<b>Créatinine jaffé</b> (Dosage cinétique)	6.5 mg/L ✓ 57.5 µmol/L	(5.0–11.0) (44.3–97.4)
<b>Glycémie à jeun</b> (Hexokinase G6PD–H)	1.06 g/L ✓ 5.88 mmol/L	(0.80–1.10) (4.44–6.11)
<b>Acide Urique</b> (Dosage enzymatique)	49 mg/L 292 mmol/L	(24–57) (143–339) ✓
<b>HBA1c</b> (G8 Tosoh)	6.3 %	(4.0–6.0)
<b>Cholestérol total</b> (Dosage enzymatique)	2.05 g/l ✓ 5.30 mmol/L	(<2.00) (<5.17)
<b>Triglycérides</b> (Dosage enzymatique)	0.88 g/L 0.88 mmol/L	(<1.50) (<1.50)
<b>HDL–Cholestérol</b> (Dosage enzymatique)	0.77 g/L 1.99 mmol/L	(>0.40) (>1.03)
<b>LDL–Cholestérol</b> (calculé selon la formule de Friedwald)	1.10 g/L 2.85 mmol/L	(<1.50) (<3.88)

Dossier validé biologiquement par : Docteur Abdellatif LOUDGHIRI



Page 2 sur 3



**210304A028 – Mme Halima BENZAHRA EP MOUITADI**

**Date de l'examen : 04-03-2021**

## BACTERIOLOGIE

### EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES (CBU)

ASPECT:	clair	/	
Albumine:	Négative	/	
Sucre:	Négative	/	
Acétone:	Négative	/	
pH:	6	/	(7-8)
Cellules épithéliales :	Absence	/	

### EXAMEN CYTOLOGIQUE

Leucocytes :	<10 000 /ml	/	(0-10 000)
Hématies :	<1 000 / ml	/	(0-1 000)
Cylindres :	Absence	/	
cristaux:	Absence	/	
TRICHOMONAS	Absence	/	
Levure	Absence	/	
Examen direct :	NEGATIF	/	

### EXAMEN BACTERIOLOGIQUE

Cultures sur milieu selectifs :	Cultures stériles	/
---------------------------------	-------------------	---

