

-094

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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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.

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° W21-626191

72006

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricole : 11449			
Société : R.A.M. 16 MAI 2021			
Nom & Prénom : MAHREZ IKBAL			
Date de naissance :			
Adresse : 13 Rue 1 Lot AMINE BERRERECHID HAKIM			
Tél. : 06 33 91 58 64 Total des frais engagés : 150 + 790 + 186,20 + 825,80 = 1952,00			

Dr. ESSOUBI Abderrahim
Omnipraticien
128, Bd Mohamed V Berrechid
Tél: 05 22 33 75 70
06 50 43 56 34

17 MAI 2021

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : MAHREZ IKBAL Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Prostheses

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 : BERRERECHID Le : 21/05/2021

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-626191

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).

Matricole : 11449
Nom de l'adhérent(e) : MAHREZ
Total des frais engagés : 1952,00
Date de dépôt :

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																				
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées (List of treated teeth)	Nature des Soins (Nature of treatments)	Coefficient (Coefficient)	INP : <input type="text"/>																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																
				O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 																
				DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>					H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	B	00000000	00000000	35533411	11433553
				H	G															
				25533412	21433552															
				00000000	00000000															
D	B																			
00000000	00000000																			
35533411	11433553																			
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																				
Coefficient des travaux <input type="text"/> Montants des soins <input type="text"/> Date du devis <input type="text"/> Date de l'exécution <input type="text"/>																				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																				

Nom : MAHREZ
Pds : FICHA

TA :

N. LOT: B71
UT. AV: JAN 2024

32.90

- SOLAKALO BB
1130 3X15

13.40

3.40

- Cefaclor
1 - 0 - 1
ppx 100
A2.600
0 - 1 - 0 + 315

AZ 500 mg

Azithromycine

Boîte de 3 comprimés

0

PPV : 60,00 DH

6 118000 190097

LOT: 200871
PER: 01/2026
PPC: 79.90 DHDr. ESSOUBI Abderrahim
Omnipraticien
Boulevard Mohamed V
Berrechid
05 22 33 75 70
06 50 43 56 34128، شارع محمد الخامس - برشيد - هاتف وفاكس: 05 22 33 75 70
128, Boulevard Mohamed V - BERRECHID - Tél./Fax : 05 22 33 75 70
GSM : 06 50 43 56 24

Berrechid, le 17 MAI 2021

LOT: M0464
PER: 01/2023
PPV: 139,00 DH

19 Mai 2021

LOT: M0532
PER: 04/2023
PPV: 139,00 DH

ICINE®

PPV 64DH10

PPV 64DH10

FLAGYL 500 mg
CP PEL B20

PPV 49DH80



FLAGYL 500 mg
CP PEL B20

PPV 49DH80



CLARIL®
Clarithromycine 500 mg
Boîte de 14 comprimés
PPV : 160,00 DH
6 118000 191001

CLARIL®
Clarithromycine 500 mg
Boîte de 14 comprimés
PPV : 160,00 DH
6 118000 191001

Dr. ESSOURI /
Dr. Abderrahim
Oncopatologien
Berrechid
128, Bd
Tél: 05 24 75 70
06 50 45 56 34

139,00 - F NÉSO 20 mg (2Bts 28)

1 - 0 - 1

x offertes.

69,10
x 2 -

Aux mycose 14 P
(2Bts 14 P)

0

1 - 0 - 1

Anti rép. x 14 P

49,00
x 2 -

Flagyl 600 (2Bts)

0

1 - 0 - 1

Anti rép. x 14 P

16,00 - 2 -

CLARIL 500 (2Bts 14 P)

0

1 - 0 - 1

Anti rép. x 14 P

مختبر
الطب الالكتروني
الطب الالكتروني
65-63 - 0522 53 43 14

Dr. ESSOUBI Abderrahim
Omnipraticien
128, Bd Mohamed V Berrechid
Tél: 05 22 33 75 70
06 50 43 56 34

BILAN BIOLOGIQUE

Le :

17 MAI 2021

Nom / Prénom : MAHrez

Age :

Sexe : M F

◆ **Groupage sanguin**

- Groupe
- Rhésus
- RAI
- Phénotype Rhésus
- Coombs Indirect
- Coombs direct

◆ **Hématologie/infectiologie**

- NFS
- Plaquette
- Electrophorèse de l'hémoglobine
- Réticulocytes
- VS
- CRP
- Procalcitonine

◆ **Bilan d'hémostase**

- TP
- INR
- TCK
- Fibrinogène
- D-Dimères

◆ **Bilan lipidique**

- Cholésterol total
- Cholésterol HDL
- Cholésterol LDL
- Triglycérides

◆ **Bilan glycémique**

- Glycémie à jeun
- Hyperglycémie provoquée
- Hémoglobine glyquée

◆ **Bilan martial**

- Fer sérique
- CTF
- Ferritine
- Transferrine

◆ *FICH. OR*
Iohogramme sanguin

- Na+
- K+
- Cl-
- Calcium
- Réserve Alcaline
- Phosphore
- Magnésium
- Magnésium érythrocytaire
- Protéines
- Acide urique

◆ **Ionogramme urinaire**

- Diurèse
- Na+
- K+
- Cl-
- Calcium
- Phosphore
- Urée

◆ **Fonction rénale**

- Urée
- Créatinine
- Clearance de la créatinine
- Protéinurie des 24h

◆ **Fonction hépatique et pancréatique**

- ASAT
- ALAT
- Phosphatase Alcaline
- GGT
- Gomme à conjuguer
- Lipase
- Lipase
- Electrophorèse des protéines

Dr. ESSOUBI Abderrahim
Omnipraticien
128, Bd Mohamed V Berrechid
Tél: 05 22 33 75 70
06 50 43 56 34

◆ **Examen des urines**

- ECBU
- ATB gramme
- Test de grossesse

◆ **Bilan hormonal**

- Prolactine
- FSH
- Estradiol
- βHCG
- T3
- T4
- TSH us

◆ **Sérologie et immunologie**

- VDRL
- TPHA
- Hépatite A
- Hépatite B:
 - Antigène Hbs
 - Antigène Hbe
 - Anticorps Anti Hbc
 - Anticorps Anti Hbs
 - Anticorps Anti Hbe
- Hépatite C
- ASLO

◆ **Examen des selles**

- Coprologie
- Parasitologie

◆ **Divers**

- PSA
- Phosphatase acide
- Vitamine D
- CPK
- Troponines
- BNP
- Pro BNP

Autres :

SENO AG 10 Hépatol. -

Laboratoire Sekkat d'analyses médicales

Docteur Mohamed Sekkat
Médecin Biogiste en analyses médicales

Adresse : N°12 Lot. El Youssef II, intersection rue Mohamed V et rue Moqawama, à coté de BMCE bank, Berrechid
Tél. : 05 22 51 77 81 / Email : laboratoiresekkat@gmail.com
Urgences : 06 25 63 42 71

Biochimie - Hématologie - Virologie - Bactériologie - Parasitologie - Mycologie -
Immunologie - Hormonologie - Toxicologie - Biologie de la reproduction

Facture

N° facture : 2021-05066

Patient : Mr MAHREZ Ikbal

Édité le : 18/05/2021

Date prélèvement : 18/05/2021

Analyses	Valeur en B	Montant
NUMERATION FORMULE SANGUINE AVEC PLAQUETTES (NFS)	80	80,00
Glycémie à jeun	30	30,00
Créatinine	30	30,00
25-OH Vitamine D (D2 + D3)	450	450,00
C Réactive Protéine (CRP)	100	100,00
Sérologie Helicobacter pylori	200	200,00
Total B	890	890,00
APB	2,0	0,00
Total de Remise effectuée		100,00
Total		790,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : Sept cent quatre-vingt-dix dirhams***

LABORATOIRE SEKKAT
D'Analyses Médicales
Rédaction
Lot LE Youssef II N°12 Berrechid



LABORATOIRE SEKKAT D'ANALYSES MEDICALES

مختبر سقاط للتحاليل الطبية

لaboratoire SEKKAT D'ANALYSES MEDICALES

Dr. Mohamed SEKKAT
Médecin Biologiste

Biochimie - Hématologie - Virologie - Bactériologie - Parasitologie - Mycologie -
Immunologie - Hormonologie - Toxicologie - Biologie de la reproduction

Pvt du: 18/05/2021

Mr MAHREZ Ikbal

Edition du : 18/05/2021

Né(e) le : 20/12/1978

Dossier N° : 10A00549094



Page : 2/2

VITAMINES

Valeurs Usuelles

Antériorité

25-OH Vitamine D (D2 + D3) : 26,03 ng/mL

Interprétation :

Carence vitaminique D : < 10 ng/mL

Insuffisance vitaminique D : 10 - 30 ng/mL

Taux normal : 30 - 80 ng/mL

Possible intoxication vitaminique D : > 150 ng/mL

IMMUNOLOGIE-SEROLOGIE

C Réactive Protéine (CRP) : 3,40 mg/L (Inférieur à 6) 0002,7 (19/01/19)

Sérologie Helicobacter pylori (IgG)

Technique : ELFA : (Enzyme Fluorescent Assay) CHORUS

Index

: 94,60 U/ML

Interprétation :

- < 8 : Négative

- 8 - 12 : Equivocal

- > 12 : Positive

LABORATOIRE SEKKAT
D'Analyses Médicales
Dr. SEKKAT
Lot LE Youssef II N°12 Berrechid



N°12 Lot. El Yousser II, intersection rue Mohamed V et rue Mouqawama, à côté de BMCE bank, BERRECHID

05.22.51.77.81 . E-mail : laboratoiresekkat@gmail.com

Urgences: 06.25.63.42.71

