

# 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° W21-630946

72771

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 4795 Société :			
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : JOUDAR BOUBKER			
Date de naissance : 16-09-47			
Adresse : RESIDENCE RBT MEATH MM. 2 n°C3 RESIDENCE AN SERRAA CASABLANCA			
Tél. : 06 34 733511 Total des frais engagés : 1132,00 Dhs Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : / /			
Nom et prénom du malade : _____ Age : _____			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> 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 : CASABLANCA  
Signature de l'adhérent(e) :



praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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

<b>SOINS DENTAIRES</b>		Dents Traitées	Nature* des soins	Coefficient	<b>Coefficient des travaux</b>
<b>DROITE</b>	<b>GAUCHE</b>				
12 11 21 22	23 24 25 26				
13 14 27 28	29 30 31 32				
15 16 HAUT 26	27 28				
17 18	29 30				
<b>ADULTES</b>					
42 43 44 45	36 37 38 39				
46 BAS 36	37 38				
47 48	39 40				
49 50 51 52	41 53 54 55				

<b>O.D.F. Prothèses dentaires</b>		Détermination du coefficient masticatoire	
<b>DROITE</b>	<b>GAUCHE</b>	H	
12 11 21 22	23 24 25 26	25533412	21433552
13 14 27 28	29 30 31 32	00000000	00000000
15 16 HAUT 26	27 28	00000000	00000000
17 18	29 30	35533411	11433553
<b>ADULTES</b>			
42 43 44 45	36 37 38 39		
46 BAS 36	37 38		
47 48	39 40		
49 50 51 52	41 53 54 55		

(Création, Remont, adjonction)  
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

**OLET ADHERENT** NOM : **JOUDAR** Mle : **4795**

DECLARATION N° W15-022307



Date de Dépôt Montant engagé Nbre de pièces Jointes

**1132,00 DH**

**5**

durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois

est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle

**A REMPLIR PAR L'ADHERENT** Mle :

Nom & Prénom **JOUDAR BOUBKER**

Fonction : **Retraité** Phones. **0522344776**

eMail **joudar@yahoo.fr**

**MEDECIN** Prénom du patient **JOUDAR BOUBKER**

Adhérent  Conjoint  Enfant  Age **73 ans**

Nature de la maladie

- *Allergie au lait de brebis*

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<b>C</b>		<b>150,00</b>

**PHARMACIE** Date

Montant de la facture

**ANALYSES - RADIOGRAPHIES** Date : **15/03/2021**

Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires
<b>B27040</b>	<b>0,82 DH</b>

**AUXILIAIRES MEDICAUX** Date :

Nombre				Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV	

Signature de l'adhérent  
Signature de l'agent

Date 1ère visite

*Dr Abdellatif MOURTADA  
Médecine générale  
Diplômé en Echographie  
Doha 14/10/2014  
Généraliste à Tel: 0522344776*

*LABORATOIRE D'ANALYSES  
MEDICALES  
Dr. Abdellatif MOURTADA  
Généraliste à Tel: 0522344776  
Doha 14/10/2014  
Généraliste à Tel: 0522344776*

**Dr. Abdellatif MOURTADA**

Diplôme en Echographie  
Diplôme en Urgentologie  
Diplôme en Colposcopie



**الدكتور مرتضى عبد اللطيف**

دبلوم الشخص بالصدى

دبلوم المستعجلات

دبلوم فحص قم الرحم بالمنظار

خبير محلف لدى المحاكم

Casablanca, le : 18/03/21

JOV MAR  
BVB KIC L.

- 1) glyc a jec
- 2) HbA1C
- 3) delta lue UOZ  
1+02
- 4) Tc -
- 5) Ause wje
- 6) CRP - VS
- 7) ure cretine
- 8) AMI - NTG
- 9) Facliu rhomb
- 10) Wbc Rose feng

LABORATOIRE D'ANALYSES  
MEDICALAS AM ALAB  
98 Bd. Mohammed V, 1000 Casablanca  
1er Etage, Antig 4, Sidi Bernoussi  
Tél / Fax : 05 22 74 10 15

*Dr Abdellatif MOURTADA  
Medecin en Echographie  
Diplômé en Echographie  
Doha 1, Imm (A) 48, N° 4, R.D, Aïn Sébaâ - Casablanca - Tel : 05 22 66 51 25*

# LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES

## مختبر أمل لاب للتحاليلات الطبية

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

**Dr. Amal KAMIRI**

Pharmacienne Biologiste

CES en Biologie clinique  
DU d'assurance qualité en  
Science de la santé

**Monsieur JOUDAR BOUBKER**

Docteur ABDELLATIF MOURTADA

Réf. : 21C374

Dossier ouvert le : 15/03/21 , Edité le : 15/03/21

Page : 1/2

### Compte Rendu d'Analyses

#### HEMATOLOGIE

##### VITESSE DE SEDIMENTATION

		Normales
1ère heure -----:	18 * mm	< 10
2 ème heure -----:	44 * mm	< 20

#### BIOCHIMIE (Konalab)

Glycémie a jeun -----:	1,17 * g/l	0,7 - 1,1
Soit :	6,5 mmol/l	3,9 - 6,1

#### BIOCHIMIE

Hémoglobine glycosylée ----- :	5,90 %	✓
BIO-RAD D-10 (Méthode HPLC)		

##### Valeurs usuelles:

Non diabétiques: 4 à 6%

Diabétiques:

- Bien équilibré : < 7 %
- Moyennement équilibré : entre 7 et 8%
- Mal équilibré : > à 8%

#### BIOCHIMIE (Konalab)

Urée -----:	0,31 g/l	< 0,5
Soit :	5,17 mmol/l	< 8,34
Créatinine -----:	11,0 mg/l	7 - 13
Soit :	97 µmol/l	61,94 - 115
Acide urique ----- :	54 mg/l	35 - 72
Soit :	321 µmol/l	208,3 - 428,5

# LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES

## مختبر أمل لاب للتحلييات الطبية

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

**Dr. Amal KAMIRI**

Pharmacienne Biologiste

CES en Biologie clinique  
DU d'assurance qualité en  
Science de la santé

**Monsieur JOUDAR BOUBKER**

Docteur ABDELLATIF MOURTADA  
Réf. : 21C374

Dossier ouvert le : 15/03/21 , Edité le : 15/03/21

Page : 2/2

### Compte Rendu d'Analyses

			<b>Normales</b>
Cholestérol Total ----- :	1,80	g/l	1,5 - 2,5
Soit :	4,64	mmol/l	3,8 - 6,4
Cholestérol HDL ----- :	0,32 *	g/l	0,5 - 0,92
Soit :	0,82	mmol/l	1,28 - 2,37
Cholestérol LDL ----- :	1,02	g/l	< 1,6
Soit :	2,63	mmol/l	< 4,12

**Recommandations de l'Afssaps:** Niveaux "cibles" de LDL-cholestérol selon les facteurs de risque

Facteurs de risque	Taux de LDL- Cholestérol recommandé
Aucun	< 2,2 g/l
Un seul	< 1,9 g/l
Deux	< 1,6 g/l
Plus de deux	< 1,3 g/l
Antécédent de maladie cardiovasculaire	< 1 g/l

Triglycérides ----- :	2,30 *	g/l	< 1,6
Soit :	2,63	mmol/l	< 1,83
Gamma G.T. ----- :	120 *	UI/l	< 55
Transaminases - SGOT / ASAT ----- :	16	UI/l	< 35
Transaminases - SGPT / ALAT ----- :	26	UI/l	< 41

### IMMUNO / SEROLOGIE

Facteur Rhumathoïde ----- :	105 *	U/ml	< 15
-----------------------------	-------	------	------

Note: Résultat contrôlé.

CRP (Protéine C réactive ) ----- :	8 *	mg/l	< 6
------------------------------------	-----	------	-----

Test au Latex ----- :	> 112 U/ml	< 8
-----------------------	------------	-----

Réaction de Waaler - Rose ----- :	80 U/ml	< 8
-----------------------------------	---------	-----



# LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALE

## مختبر أمل لاب للتحاليلات الطبية

**AMAL LAB**  
LABORATOIRE

Hématologie - Immunologie - Hémostase - Biochimie - Génétique - Virologie - Parasitologie - Mycologie - Biologie de la reproduction

**Dr. Amal KAMIRI**

CES en Biologie clinique  
DU d'assurance qualité en  
Science de la santé

Casablanca 15 mars 2021

Monsieur JOUDAR BOUBKER

M

FACTURE N°	18918	
<b>Analyses :</b>		
Vitesse de sédimentation -----	B	30
Glycémie (à jeûn) -----	B	30
Hémoglobine glycosylée -----	B	80
Urée -----	B	30
Créatinine -----	B	30
Acide urique -----	B	30
Cholestérol total -----	B	50
Cholestérol HDL -----	B	50
Cholestérol LDL -----	B	60
Triglycérides -----	B	50
Gamma -G.T. -----	B	50
Transaminases OT -----	B	50
Transaminases PT -----	B	100
Facteur rhumatoïdes -----	B	100
Protéine C réactive -----	B	50
Test au latex -----	B	50
Réaction de Waaler - Rose -----	B	50
		Total : B 870
<b>Prélèvements :</b>		
Sang-----	Pc	1,5
TOTAL DOSSIER	982,00 DH	

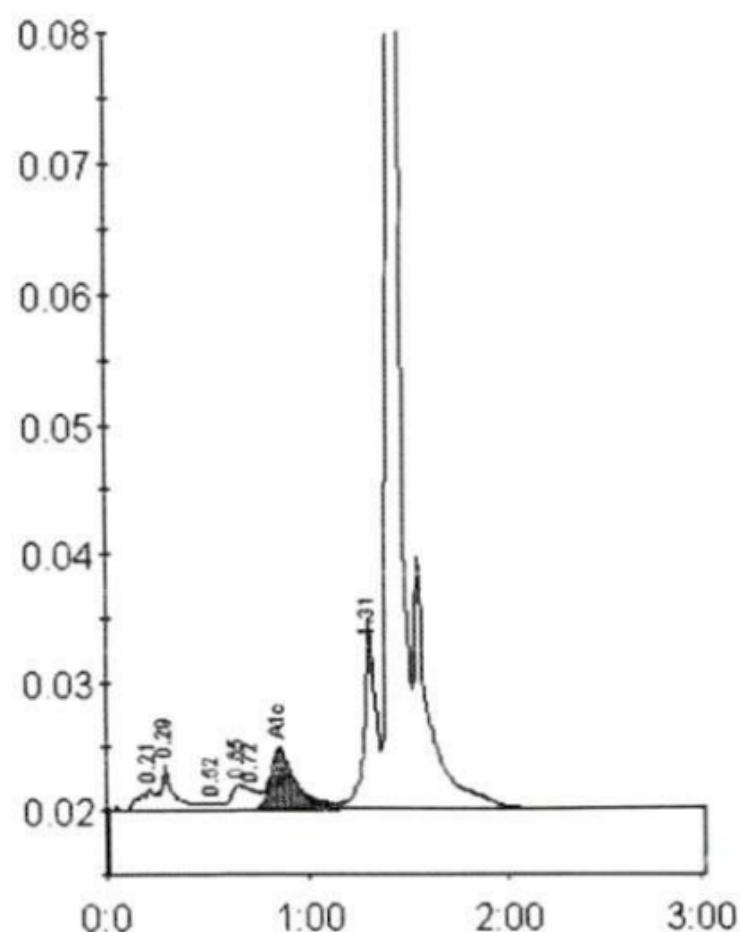
Arrêtée la présente facture à la somme de :

Neuf Cent Quatre vingt Deux Dirhams

LABORATOIRE D'ANALYSES  
MEDICALES AMALAB  
98 Bd. Mohamed Baâmrani  
1er étage, Amal 4, Sidi Bernoussi  
Casablanca  
Tél / fax : 05 22 74 10 15

# Rapport de patient

Bio-Rad DATE : 15/03/2021  
D-10 HEURE : 13:06  
N° Série: #DB7J174708 Version logiciel : 3.50-A1  
Id de l'Øchantillon : HE21C374  
Date d'injection 15/03/2021 12:52  
Num d'injection : 2 Méthode : HbA1c  
Num de rack : --- Position dans le rack : 2



Tables des pics - ID: HE21C374

Pic	Tps.Ret	Hauteur	Aire	% Aire
A1a	0.21	1619	7864	0.9
A1b	0.29	3743	16641	1.8
F	0.52	516	2450	0.3
LA1c/CHb-1	0.65	1952	10219	1.1
LA1c/CHb-2	0.72	1616	10031	1.1
A1c	0.86	4746	39917	5.9
P3	1.31	14780	59106	6.5
A0	1.42	344489	767910	84.0
Aire totale:	914139 *			

Concentration:	
% A1c	5.9