

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.

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.

Prothèse :

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

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° P19- 053775

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : (21) 34210 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : *placé*
Nom & Prénom : *Eddou B. Li. Bouchra Keur Seifine*
Date de naissance : *11/28/1966*
Adresse : *188 Appt 32 résidence intane Hay mohamed*
Tél. : *0666128324* Total des frais engagés : *9217,466* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : *16/06/21*
Nom et prénom du malade : *F. DDOU* Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : *MA*
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) :

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
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

26/11/2011

INP : 09 10 244 89

CABINET DENTISTE

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
---	------	------------------------------	------------------------

28/11/2011

B720 et

817DN

LABORATOIRE DUMIL

24 Rue de la Cathédrale - ALSAIR

Tél: 05 28 82 68 23

05 28 82 67 86

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

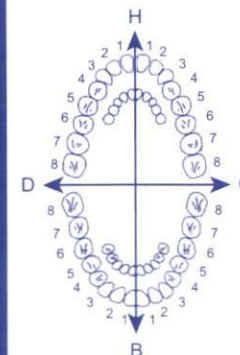
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		G	
25533412	00000000	21433552	00000000
D			B
00000000	35533411	00000000	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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

Docteur Bennani Abdelilah

Cabinet Médical spécialisé en :

- ENDOCRINOLOGIE

- DIABETE

- NUTRITION

(Sur Rendez-Vous)

الدكتور بناني عبد الله

عيادة متخصصة في :

- أمراض الغدد الهرمونية

- السكري

- التغذية

(بالموعد)

Casablanca, le :



26.6.21

ENDOCRINOLOGIE - NUTRITION

TS (H)

22.6.21

di (H) - (H) . TS

ghe

LABORATOIRE OUMIL
21, Rue de Marrakech - AGADIR
Tél: 05 28 82 68 28
05 28 82 67 86

CABINET DOCTEUR
BENNANI Abdelilah
Endocrinologie - Nutrition
433, Bd. Mohammed V 2ème Etage Belvédère
Casablanca - GSM : 06 63 08 09 47
Tél : 05 22 40 33 34 - 05 22 40 33 35
INP : 091024489

Horaire de Consultation:

Lundi - Vendredi : 9h -17h

Samedi (matinée) : 9h - 13h

مختبر التحليلات الطبية أومليل

LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES OUMLIL

INP : 043002716

Dr. Asma EL RAKKA

Médecin Biologiste

Diplômée de la Faculté René Descartes de Paris V

الدكتورة أسماء الرقي

طبيب إحيائي

خريجة جامعة باريس

Biochimie Clinique - Hématologie - Immunologie - Bactériologie - Virologie - Parasitologie - Mycologie

Agadir le 28 juin 2021

Mme EDDOUBLALI SEFIANE BOUCHRA

FACTURE N°	37919
------------	-------

Analyses :

Glycémie (à jeûn) -----	B	30	
Cholestérol total -----	B	30	
Cholestérol HDL -----	B	50	
Cholestérol LDL -----	B	50	
Triglycérides -----	B	60	
Thyreostimuline (TSH us) -----	B	250	
Ac Anti - Thyroperoxydase -----	B	250	Total : B 720

Prélèvements :

Sang-----	Pc	2,5	
-----------	----	-----	--

TOTAL DOSSIER	817,00 DH
---------------	-----------

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Huit Cent Dix Sept Dirhams

LABORATOIRE OUMLIL
21, Rue de Marrakech - AGADIR
Tél: 05 28 82 68 28
05 28 82 67 86

Horaires d'ouverture: Lundi au Vendredi de 07h30 à 18h30, Samedi matin de 7h30 à 12h30

رقم 21، زنقة مراكش - أكادير - Agadir (en face du commissariat Central) - N°21, Rue de Marrakech

Tél.: 05 28 82 68 28 / 82 67 86 - Fax: 05 28 82 68 29 - E-mail : oumlillab@gmail.com

Dossier n° : 21F595

Dossier ouvert le : 28/06/21

Prélèvement effectué à 08:09

Edition du : 28/06/21

Mme EDDOUBLALI SEFIANE BOUCHRA

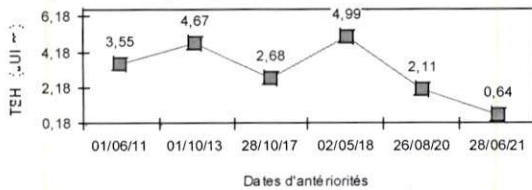
Né le : 11-07-1966

Page : 2/2

HORMONOLOGIE

TSH : 0,64 μ UI/ml

Technique immuno-enzymatique ELFA - VIDAS BIOMERIEUX.



V.usuelles

0,25 - 5

Antécédents

2,11

IMMUNO / SEROLOGIE

ANTICORPS ANTI - THYROPEROXYDASE

Technique ELFA (Mini vidas / Biomerieux)

Résultat : 0,90 UI/ml

< 2

LABORATOIRE OUMLIL
21, Rue de Marrakech - AGADIR
Tél: 05 28 82 68 28
05 28 82 67 86

Dossier n° : 21F595

Dossier ouvert le : 28/06/21

Prélèvement effectué à 08:09

Edition du : 28/06/21

Mme EDDOUBLALI SEFIANE BOUCHRA

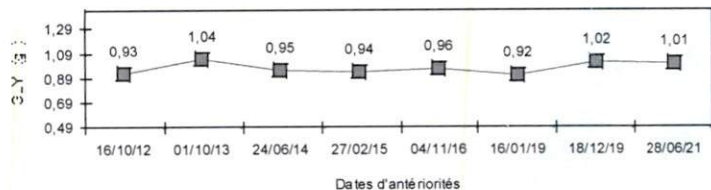
Né le : 11-07-1966

Page : 1/2

BIOCHIMIE

Aspect du serum-----: Clair

Glycémie à jeûn -----: 1,01 g/l
Soit : 5,62 mmol/l



V. usuelles Antécédents

18/12/2019

0,7 - 1,1 1,02
3,88 - 6,11 5,65

Cholestérol Total -----: 2,59 * g/l
Soit : 6,68 mmol/l

Cholestérol HDL -----: 0,54 g/l
Soit : 1,38 mmol/l

Cholestérol LDL -----: 1,46 g/l
Soit : 3,75 mmol/l

26/08/2020
< 2 2,63
< 5,2 6,78

> 0,4 0,60
> 1,03 1,54

< 1,6 1,39
< 4,13 3,57

Valeurs souhaitables du LDL(en g/l)en fonction du nombre de facteurs de risque cardiovasculaire selon l'AFSSAPS

Absence de facteurs de risque : LDL < 2,2

Présence d'un facteur de risque : LDL < 1,9

Présence de 2 facteurs : LDL < 1,6

Présence de plus de 2 facteurs de risque : LDL < 1,3

Présence d'antécédents de maladie cardiovasculaire : LDL < 1,0

Les facteurs de risque sont : l'âge, antécédents familiaux de maladie coronaire précoce, tabagisme, HTA, diabète type 2 et HDL < 0,40g/l.

Triglycérides -----: 2,17 * g/l
Soit : 2,48 mmol/l

< 1,5 1,44
< 1,71 1,65

LABORATOIRE OUMLIL
21, Rue de Marrakech - AGADIR
Tél: 05 28 82 68 28
05 28 82 67 86

Horaires d'ouverture: Lundi au Vendredi de 07h30 à 18h30, Samedi matin de 7h30 à 12h30

N°21, Rue de Marrakech (en face du commissariat Central) - Agadir - أكادير - زنقة مراکش
Tél.: 05 28 82 68 28 / 82 67 86 - Fax: 05 28 82 68 29 - E-mail : oumlilab@gmail.com