

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° M21- 0060179.

82932

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2158 Société : /

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : /

Nom & Prénom : ELBAJAL YOO

Date de naissance : 1949/08/03

Adresse : C298A

Tél. 0668852519 Total des frais engagés : 9000 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/08/2024

Nom et prénom du malade : / Age : /

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

Nature de la maladie : Colopdite

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
12/07/2021				

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12/07/21	129,50

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	23/08/21		350,00

# AUXILIAIRES MEDICAUX

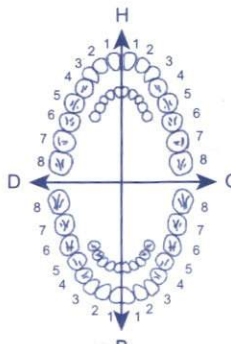
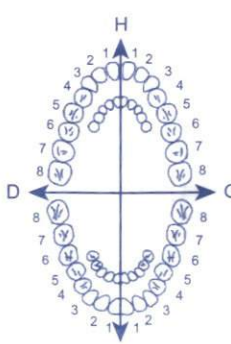
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</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>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
H		H																							
25533412	21433552																								
00000000	00000000																								
D		G																							
00000000	00000000																								
35533411	11433553																								
B																									
				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

# Dr. Hind OULAMMOU

Spécialiste de l'appareil digestif et du foie  
Proctologie médico-chirurgicale  
Echographie abdominale et endoscopie digestive  
Ancienne interne des hôpitaux de Paris  
Diplôme des Hépatites virales et Cytokines  
de l'Université de Sorbonne  
Diplôme des maladies inflammatoires chroniques  
de l'intestin des Universités de Lille et Paris 6



## الدكتورة هند ألامو

إختصاصية في أمراض الجهاز الهضمي  
الكبد - أمراض وجراحة المخرج  
الفحص بالصدى والمنظار الداخلي  
طبيبة داخلية سابقا بمستشفيات باريس  
دبلوم إلتهاب الكبد الفيروسي بجامعة الصور بون  
دبلوم الإلتهاب المزمن للأمعاء  
من جامعة ليل و باريس 6

Casablanca le : 12/07/2024 البيضاء في

M<sup>me</sup> Najem Khadija

129.50

11 cur ul

lep x24j



PHARMACIE SALIMA  
Rue Lachal Nord  
Casablanca - Tél.: 05 22 70 08 17



Dr. Hind OULAMMOU  
Hépatogastro-entérologue et Proctologue  
Hay Al Walaa, Tranche 6 Im. 4  
Appt. 24 Sidi Moumen - Casablanca  
Tél.: 05 22 71 77 23

حي الولاية الإقامة 4 الرقم 424 التجزئة 6 سيدي مومن - الدار البيضاء

Hay ALWALAA Immeuble 4 N° 424 Tranche 6 Sidi Moumen - Casablanca

الهاتف : 05 22 71 77 23



## الدكتورة هند أُمّو

## اختصاصية في أمراض الجهاز الهضمي

**الكبد - أمراض وجراحة المخرج**

### الفحص بالصدى والمنظار الداخلي

طبيبة داخلية سابقا بمستشفيات باريس

دبلوم إلتهاب الكبد الفيروسي بجامعة الصور بون

ديلوم الإلتهاب المزمن للأمعاء

من جامعة ليل و باريس 6

Casablanca البيضاء في 19/07/2021

Casablanca البيضاء في 19/07/2021

Dr. HIND OULAMNI  
Hépatogastro-entérologie et Proctologie  
11, rue de la République, 61000 Le Mans  
Tél. 02 43 77 11 11

M. Najen Elbiyar  
Khassija

TP INR

MFS, pls

• MFS

Dr. Hind  
epato-Gastroentero  
Hay Al-Hayat Danc  
App. Sidi Moumen - Cas  
05 22 71 77 23

GRP  
Aiche Elrizque

LABORATOIRES MEDICALS  
80 84 19 91 84 19 32  
Casablanca

Dr. Hind Oukamou  
Faculté d'Informatique et de Technologie  
Rue Al Walida, Faculté d'Informatique  
Tél.: 05 27 21 77 23  
Appt. 24 St. Moumen (Casablanca)

حي الولاء الإقامة 4 الرقم 424 التجزئة 6 سيدي مومن - الدار البيضاء

## Hay ALWALAA Immeuble 4 N° 424 Tranche 6 Sidi Moumen - Casablanca

الهاتف : 05 22 71 77 23

# LABORATOIRE ATTACHAROUK D'ANALYSES MEDICALES

Quartier Al Oualaa, n° 1 IMM 4, T6, Bd Med Zefzaf TEL: 0522728084 FAX: 0522728484

Patente: 33033528 IF: 14449043 CNSS: 4215621 ICE: 001836817000004  
INPE: 093062016

Casablanca le 23 août 2021

Madame NAJEM EP EL BIYAR KHADIJA

FACTURE N°	71386
------------	-------

Analyses :			
Numération formule sanguine -----	B	80	
Taux de Prothrombine (TP) -----	B	40	
Acide urique -----	B	30	
Protéine C réactive -----	B	100	Total : B 250
Prélèvements :			
Sang-----	Pc	1,5	
TOTAL DOSSIER		350,00 DH	

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Trois Cent Cinquante Dirhams

LABORATOIRE ATTACHAROUK  
D'ANALYSES MEDICALES  
N° 1 TR 6 Bd Med Zafzaf  
Sidi Mohamed - Casablanca  
Tél: 05 22 72 80 84 / 06 61 64 19 30

# Laboratoire Attacharouk d'analyses Médicales et Biologiques

مختبر التشارك لتحليلات الطبية والبيولوجية

Biochimie - Bactériologie - Hématologie - Immunologie - Hormonologie

Sérologie - Parasitologie - Mycologie - Virologie

Docteur Raja Ouarid

Médecin Biologiste

Diplômée de la Faculté de

Médecine de Casablanca



الدكتورة رجاء وريد

طبيبة أخصائية في

التحليلات الطبية

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

Dossier ouvert le : 23/08/21

Prélèvement effectué à 12:41

Edition du : 23/08/21

Madame NAJEM EP EL BIYAR KHADIJA

Né (e) le: 01/01/1951

Réf : 21H789

Page : 1/2

## Compte Rendu d'Analyses

### HEMATOLOGIE

#### NUMERATION FORMULE SANGUINE

			Normales (Femme Adulte)	Antériorités 20/07/21
<b>GLOBULES ROUGES</b>				
Hématies	:	3,85 * M/mm <sup>3</sup>	4 - 5,2	4,04
Hémoglobine	:	10,7 * g/dl	12 - 16	11
Hématocrite	:	30 * %	37 - 47	31
- V.G.M.	:	78 * μ <sup>3</sup>	80 - 97	
- T.C.M.H.	:	27 pg	27 - 32	
- C.C.M.H.	:	36 g/dl	32 - 36	
<b>GLOBULES BLANCS</b>				
Numération des leucocytes	:	6 400 /mm <sup>3</sup>	4000 - 10000	3100
Formule leucocytaire				
Polynucléaires Neutrophiles	:	66,2 %		
Soit :		4 237 /mm <sup>3</sup>	1500 - 7000	
Polynucléaires Eosinophiles	:	2 %		
Soit :		128 /mm <sup>3</sup>	< 500	
Polynucléaires Basophiles	:	0,3 %		
Soit :		19 /mm <sup>3</sup>	< 100	
Lymphocytes	:	25 %		
Soit :		1 600 /mm <sup>3</sup>	1500 - 4000	
Monocytes	:	6,5 %		
Soit :		416 /mm <sup>3</sup>	200 - 1000	
<b>PLAQUETTES</b>				
Résultat	:	161 000 /mm <sup>3</sup>	150000 - 400000	92000

LABORATOIRE ATTACHAROUK  
D'ANALYSES MEDICALES  
Dr. Raja OUARID  
N°1, TR 6 Bd Med Zafzaf Sidi Moumen  
Casablanca - Tél: 05 22 72 80 84



**Docteur Raja Ouarid**

Médecin Biologiste

Diplômée de la Faculté de

Médecine de Casablanca



الدكتورة رجاء وريد

طبيبة اختصاصية في

التحليلات الطبية

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

Dossier ouvert le : 23/08/21

Prélèvement effectué à 12:41

Edition du : 23/08/21

**Madame NAJEM EP EL BIYAR KHADIJA**

Né (e) le: 01/01/1951

Réf. : 21H789

Page : 2/2

### Compte Rendu d'Analyses

#### HEMOSTASE

##### Taux de prothrombine

Dose du Sintrom

: 3/4cp par jour

Normales

Antériorités

Temps de Quick patient

: 16,90 sec

Taux de prothrombine

: 65,80 \* %

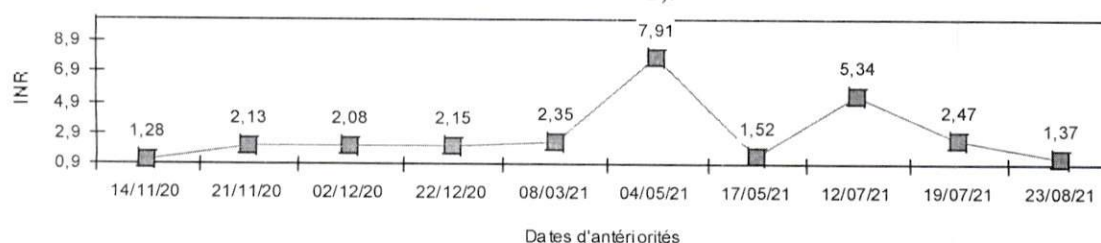
70 - 100

19/07/21

I.N.R.

: 1,37 \*

2 - 4,5



2,47

#### BIOCHIMIE SANGUINE

Acide urique

: 85 \* mg/l

26 - 60

16/06/21

Soit : 0,51 mmol/l

0,15 - 0,35

77

0,46

Protéine C réactive (CRP)

: 2 mg/l

< 10

20/10/20

18

LABORATOIRE ATTACHAROUK  
D'ANALYSES MEDICALES  
Dr. Raja OUARID  
N°1, TR 6 Bd Med Zafzaf Sidi Moumen  
Casablanca - Tél: 05 22 72 80 84