

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.

Pathologie 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

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- 0006524

82930

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9442

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : SADOK AHMED

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0631 428339

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 31/08/2021

Nom et prénom du malade : SADOK GHITA

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie : hypotension + fertilité basse

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 :

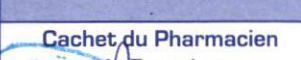
Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNOP 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
31 08 2021	C1		150,00	

02/09/2021 Gmle Cluf

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	31/08/2021	29.50
	02/09/2021	229.00

[illegible][illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

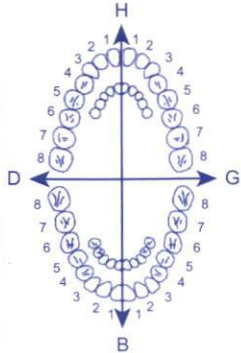
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX	
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION	

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX									
		<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		<input type="text"/>	
		H											
		25533412	21433552										
		00000000	00000000										
B													
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		G		00000000	00000000	35533411	11433553	<input type="text"/>					
G													
00000000	00000000												
35533411	11433553												
<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		<p>MONTANTS DES SOINS</p>											
<input type="text"/>		<p>DATE DU DEVIS</p>											
<input type="text"/>		<input type="text"/>											
<input type="text"/>		<p>DATE DE L'EXECUTION</p>											
<input type="text"/>		<input type="text"/>											
<input type="text"/>		<input type="text"/>											

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur EL JABIRI MINA

MÉDECINE GÉNÉRALE

CERTIFICAT UNIVERSITAIRE

D'ÉCHOGRAPHIE GÉNÉRALE

الدكتورة الجابري مينة

الطب العام

دبلوم الفحص بالصدى

Casablanca, le : 02/09/2021 في الدار البيضاء

ORDONNANCE

SADO K GHITA

38,50 an

91

Maltofer. cp.

(S.V)

1cp x 2j

2 mois

25,00

COOPER PHARMA
PPC : 75,00 DH

Oroston srp

(S.V)

1cp x 2j

22 9. 00



Docteur EL JABIRI MINA
Médecin Généraliste
N° 119 Lot Al Adarissa
Sidi Maarouf - Casa
Tél : 06 78 80 39 37 - 05 22 97 37 25

Docteur EL JABIRI MINA

MÉDECINE GÉNÉRALE

CERTIFICAT UNIVERSITAIRE

D'ÉCHOGRAPHIE GÉNÉRALE

الدكتورة الجابري مينة

الطب العام

دبلوم الفحص بالصدى

Casablanca, le : 02/09/2021: الدار البيضاء في

ORDONNANCE

Chers Confus

je me permets de vous remercier
pour vous confirmer la
prescription d'un bilan sanguin.
pour Mlle SADOK GHITA qui
s'est présentée au cabinet le 31/08/2021
pour vertiges. nausées. fatigue.
dmc le bilan a objectivé la
présence d'une fermeté a7.
je vous remercie infiniment

Docteur EL JABIRI MINA

MÉDECINE GÉNÉRALE

CERTIFICAT UNIVERSITAIRE
D'ÉCHOGRAPHIE GÉNÉRALE

الدكتورة الجابري مينة

الطب العام

دبلوم الفحص بالصدى

Casablanca, le : 31/08/2021 الدار البيضاء في

ORDONNANCE

GHITA SADOK.

- 1- NFS.
- 2- GAT - - HbA1C
- 3- GOT GPT.
- 4- Ferh
- 5- TSHus
- 6- Serologie sarscov2 IgM
IgG.

30 28 15 77 00
N° 119 - Lot. Al Adarissa - Sidi Maarouf - Casablanca

تجربة الأمانة رقم 119 - سیدی معروف - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 97 37 25 / المحمول: 06 70 80 39 37
N° 119, Lot. Al Adarissa - Sidi Maarouf - Casablanca - Tél : 05 22 97 37 25 - GSM : 06 70 80 39 37



Institut Pasteur
du Maroc

Directeur

Pr A. MAAROUFI

Biologie

Dr A. Bellik

Dr S. Kacimi

Dr C. Lhamiani

Dr J. Nouril

Dr D. Messaoudi

Dr S. Benjelloun

Dr A. Bennani

Dr S. Bennani

Dr M. Azhari

Dr A. Ainahi

Dr H. Mohammadi

Dr S. EZZIKOURI

TANGER

Dr W. Oudaina

Anatomie-cytopathologie

Dr H. Benomar

Dr A. Oukadi

Cytogénétique

Dr S. Nasserddine

Enfant Fille SADOK GHITA

DR EL JABIRI MINA

20000 CASABLANCA

Date et heure d'enregistrement : 01/09/21 11H20

Date et heure de prélèvement : 01/09/21 11H29

Date de naissance : 03/03/2008

Hors tiers payant - ACCUE

Demande n° 01/09/21-1-0184 -RAM-
N° CIN/Passeport

Hématologie

Valeurs de référence

Antériorités

✓ Hémogramme

MINDRAY BC-6800

Hématies	4 640 000 /mm3	4 000 000 à 5 400 000	02/08/18 5 640 000
Hémoglobine	12,3 g/100mL	12,0 à 14,5	15,1
Hématocrite	37,6 %	36,0 à 44,0	45,2
V.G.M.	81 µ3	75 à 90	80
T.C.M.H.	26,5 picog	23,0 à 30,0	26,8
C.C.M.H.	33 %	32,0 à 36,0	33
Leucocytes	4 830 /mm3	4 500 à 15 000	9 430
Polynucléaires neutrophiles45,7 %	2 207 /mm3	1500 à 8000	5 554
Polynucléaires éosinophiles11,8 %	570 /mm3	20 à 600	113
Polynucléaires basophiles0,9 %	43 /mm3	Inf. à 100	38
Lymphocytes35,6 %	1 719 /mm3	2000 à 8000	3 084
Monocytes6,0 %	290 /mm3	50 à 800	641
Plaquettes	242 000 /mm3	200 000 à 400 000	02/08/18 336 000
V.P.M.	9,4 µ3	Inf. à 10,0	9,1

Enzymologie

Valeurs de référence

Antériorités

Transaminases S.G.O.T Spectrophotométrie ci4100	18 UI/L	5 à 34	02/08/18 21
Transaminases S.G.P.T Spectrophotométrie ci4100	12 UI/L	0 à 55	02/08/18 23

Validé le 01/09/21

Dr. Samira KACIMI
Pharmacienne spécialiste
en Biologie Médicale
Institut Pasteur du Maroc



Biochimie

Valeurs de référence

Antériorités

Glycémie à jeun
Spectrophotométrie (Architect ci4100)

0,90 g/L

0,70 à 1,15

02/08/18
0,76

Hémoglobine A1C

5,20 %

Méthodologie certifiée et standardisée NGPS/DCCT
Critères d'interprétation des résultats:

4 - 6	Intervalle non diabétique
6,5	Excellent équilibre glycémique (Type2)
7	Excellent équilibre glycémique (Type1)
8 - 9	Assez bon équilibre glycémique
9 - 10	Equilibre glycémique médiocre: Action corrective suggérée
> 10	Mauvais équilibre glycémique

Hormonologie-Marqueurs tumoraux

Valeurs de référence

Antériorités

ThyroïdeTSH de troisième génération
Abbott diagnostics (Sérum ou Plasma)

0,60 µUI/mL

0,35 à 4,94

MARQUEURSFerritine
Abbott diagnostics (Sérum ou Plasma)

7,19 ng/mL

6,0 à 80

20/01/17
29,20

Validé le 01/09/21

Dr. Samira KACIMI
Pharmacien spécialisée
en Biologie Médicale
Institut Pasteur du Maroc

