

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 canaux, 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 canaux.

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° W19-591227

ND: 88563

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4184 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : HASSOUNI - Khaman
 Date de naissance : 24 / 5 / 1936
 Adresse : 25 - Rue du Lybie - Agadi
 Tél. : 066178010 Total des frais engagés : 4410 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 27/01/2021
 Nom et prénom du malade : SABRI - Zahra Age: 87
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection Gynécologique
 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 : 1/2021

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 |
| 22.01.21 | C2 | | 300 00 | INF : 09109301 Dr Ghali LEBBARI Gynécologie Obstétrique 38 Bd Bir Amerane Naairi Casablanca Tel : 0522 25 35 31 39 |

[illegible]

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES | | | |
|---|----------|---------------------------------|---------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
| LABORATOIRE SCHEERAZAD 4, Boulevard Zerkouni Sème El 20140 - Casablanca Tél: 0033 5 41 80 34 34 LABORATOIRE Dr. HARGUEL Avenue K | 27/11/21 | pgro 2540f | 13000f 2810,00 |

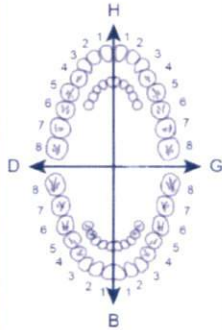
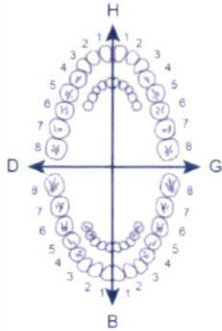
[illegible]

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 l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | 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. PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE | | | |
|  | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div> | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | (Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| | | | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Mohamed El Ghali LEBBAI

GYNÉCOLOGUE • OBSTÉTRICIEN

Diplômé des facultés de médecine de Paris et Amiens

Chirurgie conventionnelle et coelioscopique

Coelioscopie • Hysteroscopie • Maladies des seins

STÉRILITÉ DU COUPLE

Inséminations • Fécondation In-Vitro - ICSI

Tél: 05 28 84 80 00 - Fax: 05 28 84 15 60
Avenue Kennedy 80000 - AGADIR
LABORATOIRE DR. HARGUIL

مختبر الدكتور هرجويل

140121 040/08h15/ver

SABRI ZOHR



الدكتور محمد الغالي الببار

إختصاصي في أمراض النساء و التوليد

خريج كلية الطب بباريس و أميان (فرنسا)

• جراحة الجهاز التناسلي و الجراحة بالمنظار

أمراض الثدي

• أمراض العقم • المساعدة الطبية للإنتاج

Casablanca le 22/10/2020

Mme SABRI ZOHR

1. NFS – VS – Urée – Glycémie.
Créatinine – Ferritine – Ac urique – Cortisol(8h)
HbA1C – Fructosamine
Electrophorèse des protéines
2. Cholestérol (HDL – LDL).
Triglycérides.
3. TSHus – T4 – PTH - Thyrocalcitonine
25 Hydroxyvitamine D Calcium Phosphore
4. SGOT / SGPT.
Gamma GT – P. Alcalines.
AgHBS – AC anti VHC.
5. Anticorps Antithyroidiens
Catécholamines urinaires.
Chromogranine A (CgA) – 5 HIAA urinaire

Sanguins
urinaires.

العنوان: إقامة النور، شارع بترانزوران • الدار البيضاء

Cabinet : Rés. Ennour - 38, Bd. Biranzarane - Agadir
5ème étage (Au dessus Laiterie Yazami) • Casablanca

Tél. : 05 22 25 35 31 / 39 • الهاتف • Fax : 05 22 25 35 30 • Tél. : 05 22 33 31 / 39

ICE : 001687653000089

En cas d'urgence

في حالة استعجال



مختبر شهرزاد

LABORATOIRE SCHEHERAZAD

CABINET MEDICAL D'EXAMENS HISTO - CYTOPATHOLOGIQUES

4, Bd. Zerkouni 5^{ème} étage - CASABLANCA 01 - Tél. : 0522.22.69.88/89 - Fax : 05 22.47.55.73 - شارع الزرقطوني الطابق 5 - الدار البيضاء - E-mail : labocasa2@gmail.com

Docteur Schéherazad HACHCHADI - AGHZADI
C.E.S. d'ANATOMIE PATHOLOGIQUE
Diplômée de la Faculté de Medecine de DIJON

Ex. Enseignante à la Faculté de Medecine de BESANÇON
Membre Actif de l'Academie Internationale de Pathologie

DEMANDE D'EXAMEN HISTO - CYTOPATHOLOGIQUE

1DL24WG
m

Date du prélèvement : **07/02/2001** Référence N° :
Médecin prescripteur : N° Tél :
Nom du patient : **SABRI** Prénom : **ZAHRA**
Nom de jeune fille : Date de naissance : **1956**
Adresse : N° Tél :

Type de Prélèvement : Cytologie ☐ Biopsie ☐ Curetage ☐ Exérèse ☐ Extemporané ☐
Siège, organe ou tissu :
Examens antérieurs : **FCV + Typage HPV**
Renseignements cliniques & paracliniques :
.....

(NB)

FCV 10/02/01 = ASCUS

Frottis de dépistage : Vagin ☐ Exocol ☐ Endocol ☐ Endomètre ☐
- Date des dernières règles :
- Parité :
- Traitement hormonal :
- Test au Lugol :

LABORATOIRE SCHEHERAZAD
20140 - Casablanca
Patente : 33206518 - I.F. : 1807041
CNSS : 2294015 - ICE : 001502419000087

Dr Ghali LEBBAR
Gynécologie-Obstétrique
38, Bd. Dir. A. : Agne Maati - Casablanca
Tél : 0522 25 35 41 / 39

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES HARGUIL

Avenue Kennedy-Talborjt AGADIR TEL:0528-84-80-03 FAX:0528-84-15-60
ICE:001628874000008 I.F:75902170 PAT:48316551 CNSS:1761411 INP:043000470
SITE:www.laboratoire-harguil.com



043000470

FACTURE N° : 2103827

AGADIR, le : 14/01/2021
Nom et Prénom ... : ZOHRA SABRI
Prescripteur : Dr. LEBBAR MOHAMED
Mutuelle/Assurance. :
facturé à..... : ICE:

Bilan :

| | | | | | | | | |
|-----|-------|---|------|-------|---|------|-------|---|
| NF | B 80 | + | TP | B 40 | + | G | B 30 | + |
| CRS | B 30 | + | AUS | B 30 | + | CT | B 30 | + |
| TG | B 60 | + | HDL | B 50 | + | LDL | B 50 | + |
| TGO | B 50 | + | TGP | B 50 | + | GGT | B 50 | + |
| PAL | B 50 | + | ELPR | B 155 | + | FERR | B 250 | + |
| T4 | B 200 | + | TSH | B 250 | + | PTH | B 400 | + |
| VD | B 273 | + | CALC | B 400 | + | | | |

Montant Net :2810,00 Dhs

Arrêtée la présente facture à la somme de:
Deux mille huit cent dix Dh et zéro ct

La direction:

مختبر الهادي هارجويل
LABORATOIRE Dr. HARGUIL
Avenue Kennedy 80000 - AGADIR
Tél: 05 28 84 80 03 - Fax: 05 28 84 15 60



LABORATOIRE SCHEHERAZAD

4, Bd Zerktouni - Casablanca 01

Tél. : 022 .22.69.88/89 fax : 022.47.55.73

Casablanca le : 27/01/2021

Facture N° 341904

N° D'ANA-PATH 1DLZ4W9

NOM PRENOM SABRI

ZAHRA

ADRESSE PAR : DR LEBBAR GHALI

ORGANE UTERUS-COL.

COTATION B 950

COTATION K:

TOTAL DH : 1300

LABORATOIRE SCHEHERAZAD
CABINET MEDICAL D'EXAMENS HISTO
CYTOPATHOLOGIE
4, Boulevard Zerktouni
Tél : 022 22 69 88 / 89 Fax : 022 47 55 73

Cachet et signature :