

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 canalaire, 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 canalaire.

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° W19-591227

courrier

ND: 88563

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 4184	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : HASSOUNI Lhamar			
Date de naissance : 24/05/1936			
Adresse : 25 - Rue du Lybie - Agadir			
Tél. : 0661778010		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 Zahrat			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 1/1/2021

RELEVE 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	Dr Ghali LEBBARI Gynécologie Obstétrique 38 Bd Ben Arous, 1000 Casablanca Tél : 0522 25 35 31/09	300000	INP : 09109301

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
Laboratoire Scheherazad 4, Boulevard Zekrikouh Saida Bous 20140 - Casablanca	27/11/21	09/10	13000,00
Laboratoire Dr. Harguin	27/11/21	13	2810,00

RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																				
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées (List of treated teeth)	Nature des Soins (Nature of treatments)	Coefficient (Coefficient)	INP : <input type="text"/>																
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX																
				MONTANTS DES SOINS																
				DÉBUT D'EXÉCUTION																
				FIN D'EXÉCUTION																
				ODF PROTHÉSES DENTAIRES 																
				DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>					H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553
				H	25533412	21433552														
				D	00000000	00000000														
				B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553																		
CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																				
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																				
DATE DU DEVIS <input type="text"/>																				
DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>																				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION																				

Docteur Mohamed El Ghali LEBBAI

GYNÉCOLOGUE • OBSTÉTRICIEN

Diplômé des facultés de médecine de Paris et Amiens

Chirurgie conventionnelle et colposcopique

Cœlioscopie • Hysteroscopie • Maladies des seins

STÉRILITÉ DU COUPLE

Inséminations • Fécondation In-Vitro - ICSI

Tel: 05 28 84 89 00 - Fax: 05 28 84 15 60
Avenue Kennedy 80000 - AGADIR
LABORATOIRE DR. HARGUIL
مختبر هارجيول

Mme

140121 040/08h15/ver
SABRI ZOHRA



الدكتور محمد الغالي للبار

اختصاصي في أمراض النساء والتوليد

خريج كلية الطب بباريس و أميان (فرنسا)

جراحة الجهاز التناسلي والجراحة بالمنظار

أمراض الثدي

أمراض العقم • المساعدة الطبية للإنجاب

Casablanca le 22.02.2012

SABRI Zohra

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

{ Sanguins
urinaires.

4. SGOT / SGPT.

Gamma GT - P. Alcalines.

AgHBS - AC anti VHC.

5. Anticorps Antithyroidiens

Catécholamines urinaires.

Chromogranine A (CgA) - 5 HIAA urinaire

العنوان: إقامة النور، شارع بيرانزارن • الدار البيضاء

Dr Ghali LEBBAI

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

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

ICE: 001087653000089

في حالة إسعاف

En cas d'urgence



مختبر شهزاد

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
E-mail : labocasa2@gmail.com

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

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

DEMANDE D'EXAMEN HISTO - CYTOPATHOLOGIQUE

Date du prélèvement : 27/02/2021 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 tissus: _____

Examens antérieurs : _____

Fev + Typage HPV

Renseignements cliniques & paracliniques : _____

NB

Fev 10/1000 = Abscis

Frottis de dépistage : Vagin Exocol Endocol Endomètre

- Date des dernières règles : _____

- Parité : _____

- Traitement hormonal : _____

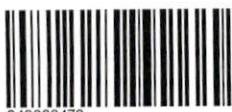
- Test au Lugol : _____

LABORATOIRE SCHEHERAZAD
4, Boulevard Ben Youssef - 5^{ème} étage
20140 Casablanca
Patente : 34-96518 - LF : 1807041
CNSS : 2294015 - ICE : 001502419000087

Dr Ghali LERBAR
Gynécologie-Obstétrique
38, Bd Bir Anzarane Maârif - Casablanca
Tél : 05 22.25.25.39
Signature & Cachet

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:

ج.ع. لابوراتواري
LABORATOIRE DR. HARGUIL
Avenue Kennedy 80000 - AGADIR
Tél: 0528 84 80 03 - Fax: 0528 84 15 60



LABORATOIRE SCHEHERAZAD

4, Bd Zerkouni - 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

CYTOPATHOLOGIQUES

4, Boulevard Zerkouni Casablanca
Tél. 022.22.69.88/89 fax 022.47.55.73

Cachet et signature :