

# 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.

## 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.

## 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- 067104

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03309 Société : AOG 178  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : AIR BELLOULIS HADIA  
Date de naissance : 28/12/66  
Adresse : Avenue 2 Mars, n° 18  
Tél. : 9678470 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation : / /  
Nom et prénom du malade : Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie :  
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

# 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

18/02/92

3, 4, 8

150,20

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

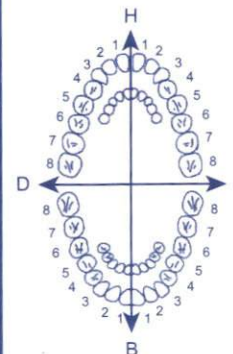
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

# 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

25533412 21433552

00000000 00000000

D G

00000000 00000000

35533411 11433553

B

(Création, remont, adjonction)

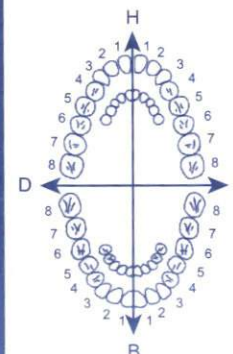
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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





Date : 18 / 02 / 2022

## BILAN BIOLOGIQUE

Nom et Prénom : Ahmed Belkacem

Service : ☐ HDJ ☐ Consult-Urg ☐ Hospit ☐ Réa ☐ Hémato

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> NFS - Pq      | <input type="checkbox"/> Hémog. Glyquée | <input type="checkbox"/> Troponine       |
| <input type="checkbox"/> Groupage - Rh            | <input type="checkbox"/> Calcémie       | <input type="checkbox"/> Pro-BNP         |
| <input type="checkbox"/> RAI                      | <input type="checkbox"/> ASAT – ALAT    | <input type="checkbox"/> Cortisolémie 8h |
| <input type="checkbox"/> TP – TCK                 | <input type="checkbox"/> BC – BN – BT   | <input type="checkbox"/> BHCg            |
| <input type="checkbox"/> INR                      | <input type="checkbox"/> Gamma GT       | <input type="checkbox"/> AFP             |
| <input type="checkbox"/> Fibrinogène              | <input type="checkbox"/> PAL            | <input type="checkbox"/> ACE             |
| <input type="checkbox"/> D-Dimères                | <input type="checkbox"/> Cholestérol    | <input type="checkbox"/> CA 125          |
| <input type="checkbox"/> Ferritine                | <input type="checkbox"/> LDL, HDL       | <input type="checkbox"/> CA19-9          |
| <input type="checkbox"/> CRP                      | <input type="checkbox"/> Triglycérides  | <input type="checkbox"/> CA15-3          |
| <input type="checkbox"/> VS                       | <input type="checkbox"/> Vitamine D     | <input type="checkbox"/> PSAT            |
| <input type="checkbox"/> PCT                      | <input type="checkbox"/> TSH            | <input type="checkbox"/> ECBU            |
| <input type="checkbox"/> Ionogramme               | <input type="checkbox"/> LDH            | <input type="checkbox"/> Hémoculture     |
| <input checked="" type="checkbox"/> Urée – Créat. | <input type="checkbox"/> Lipasémie      | <input type="checkbox"/> Copro-parasito  |
| <input type="checkbox"/> Glycémie                 | <input type="checkbox"/> Amylasémie     | <input type="checkbox"/> des selles      |

**Autres :**

.....  
.....  
.....

Signature et cachet du Médecin

.....  
.....  
.....

06-57-24-26-45:

khollad

# LABORATOIRE 2 MARS D'ANALYSES MEDICALES

Dr. BENCHEKROUN MHAMMED LOUTFI

Spécialiste en biologie médicale

102, Av 2 Mars quartier des Hôpitaux ( en face de KFC )

Tél : 0522 865 054 - Fax: 0522 864 844 - E-mail: laboanalyses2mars@gmail.com

TP : 36339707 - ICE : 002 117477000018 - INPE : 093062271 - IF : 26070433 - CNSS : 1088383

## Facture

CASABLANCA , le 18/02/2022

N° facture : 22-02523

Edité le : 18/02/2022

RYAD ONCOLOGIA CLINIC

Patient : Mme AIT BELOUALI Saadia

Date prélèvement 18/02/2022 11:14

Analyses	Nombre B	Montant
NFS+PLQ	83	110,00
CREATININE	30	40,20
Total B		150,20
APB		0,00
Total		150,20

Arrêtée la présente facture à la somme de : Cent cinquante dirhams 20 centimes\*\*\*

LABORATOIRE 2 MARS  
d'Analyses Médicales  
Biologie Médicale et Spécialisée  
102 Avenue 2 Mars, Casablanca  
Tél : 0522 865 054 Fax: 0522 864 844



# مختبر 2 مارس للتحليلات الطبية

## LABORATOIRE 2 MARS D'ANALYSES MEDICALES

DR. BENCHEKROUN MHAMMED LOUTFI  
Ancien Docteur Biologiste  
au CHU Ibn Rochd - Casablanca

د. بنشكرون محمد لطفي  
دكتور إحيائي سابق  
بالمركز الإستشفائي الجامعي ابن رشد بالدار البيضاء

Prélèvement du: 18/02/2022 11:14

Edition du: 18/02/2022

Mme AIT BELOUALI Saadia

Dossier N°: 180222-054

Prélèvement effectué à Ryad Oncologia Clinique

Demandé par Dr OMAR ALAMI

Page: 1/2

### HEMATOLOGIE

Valeurs Usuelles

#### NUMERATION FORMULE SANGUINE AVEC PLAQUETTES

Tech. Mindray BC-5380

<b>HEMATIES</b>	:	3,68	M/mm <sup>3</sup>	( 4 - 5,3 )
Hémoglobine	:	11,2	g/dL	( 11,5 - 18 )
Hématocrite	:	35,4	%	( 37 - 46 )
VGM	:	96	fL	( 80 - 95 )
TCMH	:	30	pg	( 27 - 33 )
CCMH	:	32	g/dL	( 32 - 36 )
<b>LEUCOCYTES</b>	:	6 000	/mm <sup>3</sup>	( 4000 - 10000 )

#### FORMULE LEUCOCYTAIRE

Polynucléaires Neutrophiles	:	57%	Soit 3420/mm <sup>3</sup>	( 2000 - 7500 )
Lymphocytes	:	33%	Soit 1980/mm <sup>3</sup>	( 1500 - 4000 )
Monocytes	:	8%	Soit 480/mm <sup>3</sup>	( 40 - 1200 )
Polynucléaires Eosinophiles	:	2%	Soit 120/mm <sup>3</sup>	( Inférieur à 400 )
Polynucléaires Basophiles	:	0%	Soit 0/mm <sup>3</sup>	( Inférieur à 100 )

<b>PLAQUETTES</b>	:	267 000	/mm <sup>3</sup>	( 150000 - 450000 )
-------------------	---	---------	------------------	---------------------

### BIOCHIMIE

Valeurs Usuelles

<b>CREATININE</b>	:	6,66	mg/l	( 6 - 12 )
(tech.enzymatique colorimétrique)	:	60,54	μmol/l	( 53,09 - 97,35 )

LABO 2 MARS  
Biologie Médicale et Spécialisée  
102, Avenue 2 Mars, Casablanca  
Tél: +212 522 865 054 Fax: 0522 864 844

Horaire d'ouverture : Toute la semaine 7j/7 de 7h30 à 19h30

102, Av 2 mars Quartier des Hôpitaux ( en face de KFC ) Casablanca

Tél: +212 522 865 054 - Fax: +212 522 864 844 - Urgences: +212 771 090 961 - Email: laboanalyses2mars@gmail.com

IE: 26070433 - CNSS: 1088382 - TP: 36339707 - INPE: 093062271 - ICE: 002117477000018