

## 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

- 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° W21-710668

125046

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2361 Société :  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : ELYOUSFI SAMIR  
 Date de naissance : 15/04/67  
 Adresse : N13 IMM L RESIDENCE NADIA  
 Tél. : 0664265209 Total des frais engagés : 826,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 16/06/2022  
 Nom et prénom du malade :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Hépatite  
 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 : Casablanca Le : 16/06/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : P.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
16/06/22				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
16/06/22		96,5

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
19/06/22	3642	500 DH	

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B	B																
	(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



وصفة طبية  
Pharmacie NOUR  
Kasbaj Soumia  
10B, Angle Yacoub El Mansour et Bd.  
Sidi Abdelhakim - Casablanca  
Tel : 0522.36.89.11

Casablanca, le :

16-06-22

Mme Rehoui Houria

48,00 x 2

1- Dimazol 10mg

1 cp x 2/j pdt 1 mois

96.00



Hôpital Universitaire  
International Mohammed VI  
Pr. Assis. Dr. Saloua ELAMARI  
Endocrinologie Diabétologie  
07216074

Pharmacie NOUR  
Kasbaj Soumia  
10 B, Angle Yacoub El Mansour et  
Sidi Abdelhakim - Casablanca  
Tel. 0522 36 89 11



## وصفة طبية

## Ordonnance

Casablanca, le :

16/06/2017

Mme Rehimie Houria

- NFS - plq
- Ac anti Récepteurs de TSH
- ASAT, ALAT, GGx

Mme Houria

مختبر الصقلي  
 LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES  
 240, Bd Boudiaf MILLOUD  
 Tél: 05 22 25 36 85 / 05 22 25 36 86  
 Casablanca

011216074  
 Endocrinologie Diabétologie  
 Pr. Assistant Saloua ELAMARY  
 International Mohamed VI  
 Hôpital Universitaire

Prélèvements à domicile  
sur rendez-vous

**Dr. BENMILOUD Loubna.** Médecin biologiste.  
Faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca  
Diplôme universitaire de qualité en sciences de la santé  
Diplôme d'hygiène hospitalière et prévention des infections nosocomiales

**FACTURE N° : 220600357**

CASABLANCA le 19-06-2022

**Mme REHIOUI Houria**

**Récapitulatif des analyses**

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Prélèvement sanguin	E25	E
0141	Gamma glutamyl transférase (GGT)	B50	B
0146	Transaminases O (TGO)	B50	B
0147	Transaminases P (TGP)	B50	B
0216	Numération formule	B80	B
	Ac anti-recepteur de la thyreostimuline (R.I.A)	B410	B

Total des B : 640

TOTAL DOSSIER : 800.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : huit cents dirham .

مختبر الصقلي للتحليلات الطبية  
LABORATOIRE SQALLI d'ANALYSES MEDICALES  
Dr. BENMILOUD  
240, Bd Brahim Roudani Maârif  
Tél: 05 22 25 78 25 / 05 22 25 39 61  
Casablanca - Patente: 35805014

Code INPE : 093000214

AWB - Agence Rue Nassih Eddine  
RIB : 007 780 000355500000328 25



093000214

**Edité le :** 20-06-2022  
**Date du prélèvement :** 19-06-2022 à 08:38  
**Code patient :** 1902020001  
**Né(e) le :** 16-11-1979 (42 ans)

**Mme REHIOUI Houria**  
**Dossier N° :** 2206190003  
**Prescripteur :** Dr SALOUA ELAMARI



## HEMATOLOGIE

### HEMOGRAMME (SYSMEX XS-1000i)

"Les valeurs de référence sont automatiquement éditées en fonction de l'âge, du sexe, état physiologique du patient(e)"

27-08-2019

<b>Hématies :</b>	4.90	M/mm3	(3.90-5.40)	4.81
<b>Hématocrite :</b>	40.80	%	(35.50-45.50)	39.00
<b>Hémoglobine :</b>	13.00	g/dL	(12.00-15.60)	13.40
VGM :	83	fL	(80-99)	81
TCMH :	27	pg	(27-34)	28
CCMH :	32	g/dL	(28-36)	34
<b>Leucocytes :</b>	9 260	/mm3	(3 900-10 200)	7 620
<b>Polynucléaires Neutrophiles :</b>	64	%		56
Soit:	5 926	/mm3	(2 000-7 500)	4 267
<b>Lymphocytes :</b>	23	%		32
Soit:	2 130	/mm3	(1 000-4 000)	2 438
<b>Monocytes :</b>	10	%		7
Soit:	926	/mm3	(<1 100)	533
<b>Polynucléaires Eosinophiles :</b>	3	%		5





Prélèvements à domicile  
sur rendez-vous

مختبر الصقلي للتحليلات الطبية  
Laboratoire SQALLI d'Analyses Médicales

Laboratoire certifié ISO 9001 V.2008

Dr. BENMILOUD Loubna, Médecin biologiste,  
Faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca  
Diplôme universitaire de qualité en sciences de la santé  
Diplôme d'hygiène hospitalière et prévention des infections nosocomiales.



7jours/7

Soit:	2206190003 - Mme REHIOUI Houria	278 /mm3	(0-600)	381
Polynucléaires Basophiles :		0 %		0
Soit:		0 /mm3	(0-150)	0
Plaquettes :		261 000 /mm3	(150 000-450 000)	230 000
Commentaire :	Hémogramme normal.			

### ASPECT DE SERUM

Aspect du sérum : Normal

### BIOCHIMIE SANGUINE

Transaminases GPT (ALAT) (ALT IFCC - Konelab30 - Thermo fisher)	23 UI/L	(0-35)
Transaminases GOT (ASAT) (AST IFCC- Konelab 30 - Thermo fisher)	24 UI/L	(0-40)
Gamma G.T (GGT) (GGT IFCC- Konelab 30 - Thermo fisher)	26 UI/L	(7-45)

### BILAN ENDOCRINIEN

**Anticorps anti-recepteur de la  
thyreostimuline (R.I.A)** 7.29 UI/L

(Technique: Chimiluminescence)

Résultat techniquement contrôlée sur le même prélèvement.

Résultat négatif : < 1 UI/L

Résultat positif : > 1.5 UI/L

Entre 1 et 1.5 UI/L, les résultats sont considérés « douteux » : Dans ce cas, un contrôle sur un nouveau prélèvement pourrait être souhaitable en fonction du contexte clinique et/ou thérapeutique.

Validé par : Dr. BENMILOUD Loubna

مختبر الصقلي للتحليلات الطبية  
LABORATOIRE SQALLI D'ANALYSES MEDICALES  
Dr. BENMILOUD Loubna  
240, Bd. Brahim Roudani / 0522 25 39 61  
Tel. : 0522 25 39 61 / 05 22 25 39 61  
Casablanca - Téléc : 35805014