

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 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-721248

76254

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3336 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ELHANDOUCHI 721

Date de naissance : 20/01/1960

Adresse : 275 APD N°1 WASHIN COSS

Tél. : 0662714137 Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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 : COSS Le : 01/10/2023

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

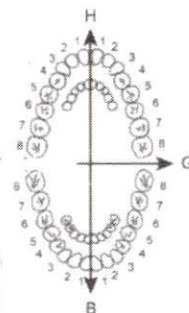
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	01/09/23	Exams Cerveau	500 DHS

AUXILIAIRES MEDICAUX

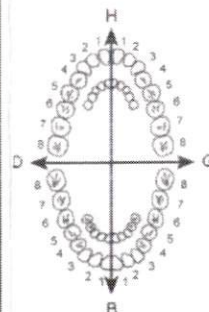
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



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

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

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

Professeur Rajaâ BENNIS

PROFESSEUR UNIVERSITAIRE DE RHUMATOLOGIE

Spécialiste des Maladies des Os et des Articulations

PROFESSEUR (PA) DE MEDECINE INTERNE

Ancienne Enseignante à la faculté de Médecine
de Casablanca

Ex. Résidente Etrangère des Hopitaux de Paris



الأستاذة رجاء بنيس

أستاذة جامعية في أمراض الروماتيزم
أخصائية في أمراض العظام و المفاصل
أستاذة في الطب الباطني

أستاذة سابقا بكلية الطب بالدار البيضاء
طبيبة ملحقة سابقا بمستشفيات باريس

Casablanca, le : 1 - 9 - 23

Louzi mariam

hypocalcémie

PTH = 77.5 ng/L

F - SVC

Echographie
ex pluri

certifié avec
de para thyr

CASA RADIOLOGIE
Dr BENHADDOU

119, Bd. Abdelmoumen - Casablanca
Tél: 05 22 27 44 27 / 27 77 44 / 06 61 67 46 72

Dr. Rajaâ BENNIS
Professeur de Rhumatologie
76, Bd. Abdelmoumen - Casablanca
Tél: 05 22 23 73 73



LIAB

المختبر الدولي للتحليلات الطبية

LABORATOIRE INTERNATIONAL D'ANALYSES BIOMEDICALES

cofrac



EXAMENS
MEDICAUX
Laboratoire accrédité
N°8-4189
Portée disponible sur
www.cofrac.fr

COMPTE RENDU D'ANALYSES

Medecin Prescripteur : DR Rajaâ BENNIS
Spécialité : Médecin rhumatologue
Adresse : 76 BD ABDELMOUMEN
RESID KOUTOUBIA 2 ET N 24 Casablanca
Correspondant :
Edition du : 01-09-2023 à 14:19

Dossier N° : 2308310126 –
MME MARIAM LOUAZI
Né(e) le : 24-12-1959
Prélevé : externe le 31-08-2023
à 12:08

Analyses	Résultats	Intervalles de référence	Antécédents
----------	-----------	--------------------------	-------------

BIOCHIMIE SANGUINE GÉNÉRALE ET SPÉCIALISÉE

CPK : (Sérum, plasma hépariné/Enzymatique/ ARCHITECT ABBOTT)	170.12 U/L	(29.00–168.00)
Calcium : [*] (Sérum, plasma hépariné/ Colorimétrie/ARCHITECT ABBOTT)	106 mg/L 3 mmol/L	(88–100) (2–3)
Acide Urique : [*] (Sérum, plasma hépariné/Enzymatique/ ARCHITECT ABBOTT)	57 mg/L 0.3 mmol/L	(26–60) (0.2–0.4)
Aldolase :⁽¹⁾	En cours	

HORMONOLOGIE

Parathormone intact 1–84 : [*] (sérum/plasma (EDTA ou hepariné) ECLIA /Architect ,Abbott)	77.5 pg/ml 8.2 pmol/l	(15.0–68.0) (1.6–7.2)
---	--	--------------------------

Ce dossier a été imprimé en partiel

(1) Labo. exécutant : CERBA – (0033134409776)

Les examens rendus sous accréditation sont identifiés par le symbole [*], il est interdit d'utiliser la marque d'accréditation du LIAB sauf reproduction intégrale du compte rendu des résultats.

Demande validée biologiquement par : **Professeur IDRISSE LARBI**



Page 1 sur 2

Horaires d'ouverture : Lundi au vendredi : 7h30–18h30/Samedi et jours fériés :
7h30–13h00

Angle Bd Abdelmoumen et rue arrachati, Casablanca – Maroc; Tel : +212(0)5 22 42 39 60/55; –GSM : 06 61 85 78 48
site web : www.liab.co.ma Email: contact@liab.ma

IF : 50367069 ; CNSS : 2783061 ; Patente : 36341724 ; N°ICE : 002863495000067 ; INPE Biologiste : 097167290 ;

Prélèvement à domicile sur RDV



Casablanca, le 01/09/2023

FACTURE :08547/2023

Nom & Prénom : **LOUAZI MARIAM**

Examen(s)	
ECHOGRAPHIE CERVICALE	
Montant TOTAL	500 DH

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
cinq cents (500 DH)

CASA RADIOLOGIE
Dr BENHADDOU
119, Boulevard Abdelmoumen - Casablanca
Tél. 05 22 27 44 27 / 27 77 44 / 06 61 67 46 72