

## 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.



## Déclaration de Maladie

M23-0016656

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1034 Société : .....  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Compte  
Nom & Prénom : DOUKKAL  
Date de naissance : .....  
Adresse : .....  
Tél. : ..... 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 : .....  
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : .....  
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

### Adresses Mails utiles

- Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie **M23-016656**

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....  
Nom de l'adhérent(e) : .....  
Total des frais engagés : .....  
Date de dépôt : .....

## 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° W21-770700

Courrier

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1034 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Boukkali

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Ismail WASSOU  
Endocrinologue  
2ème étage, Bureau N° 7,  
Angle Av. Médicins et Av. Benguerir  
Résidence Al mountazah - Botana  
Sah - Tél 06 50 15 12 49

Date de consultation : 20/05/18

Nom et prénom du malade : Boukkali Laila Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Diabète type 2 / Hypertension

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 : 20/05/2018

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-770700

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).


Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :


Total des frais engagés :

Date de dépôt :

# 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
21/05/23		300,00		
21/05/23				

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/05/23	1658,90

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
20/05/23	Bil	B/M 30	1220,10

# AUXILIAIRES MEDICAUX

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

# VOLET ADHERENT

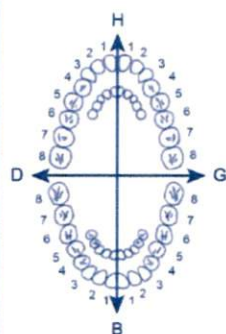
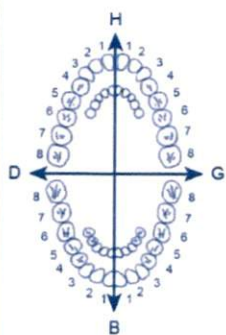
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# 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 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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> </div> <div> <p>D</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> </div> <div> <p>G</p> <p>B</p> </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  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 MASSO Islam

Endocrinologie, diabétologie, et maladies métaboliques

Échographie Thyroïdienne

Lauréate de la faculté de médecine de rabat



الدكتورة إسلام ماصو

أمراض الغدد الصماء و السكري و الأبيض

فحص الغدة الدرقية بالصدى

خريجة كلية الطب بالرباط

21/09/2023

Mme DOUKKALI LAILA

ORDONNANCE

VIPDOMET 12.5 /1000 MG

1 Cp déjeuner

1 Cp Soir Après repas

DIAMICRON 60

1 cp au repas avant le petit déjeuner

LEVOTHYROX 50

1 Cp Matin 30 minutes avant le repas

LEVOTHYROX 25

1/2 Cp Matin 30 minutes avant le repas

CUROGUL

5 GOUTTES LE SOIR

( - Traitement de 3 mois - )

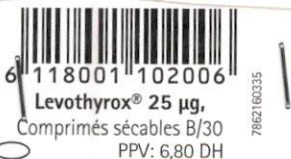
MYCODERME POUDRE

1 APPLICATION / JOUR PENDANT 3 SEMAINES.

En roase

LC 8.5 x 3 tj 75

1658.90



بناية المنتزة، ناصية شارع مديونة و زنقة بنكير مکتب رقم 7، الطابق الثاني، بطنانة سلا

Immeuble Al Mounatazah, Angle avenue Mediouna et Rue

Bengrir, Bureau numéro 7, 2ème étage, Bettana Salé

☎05.37.81.28.67

✉Islam.masso@gmail.com

6 118001 102006  
Levothyrox® 25 µg.  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

786218035

# Curogyl® D3

8 051128 635522

Lot : 230053  
A consommer de  
préférence avant le : 01/2026  
PPC : 89,50 DH

SERVIER MAROC  
**DIAMICRON®** 60 mg  
60 comprimés

6 118001 130153

## ENROUEX® 125 ml

6 111255 810406

**MYCODERME®** 1%  
Poudre dermique

Flacon de 30 g  
6 118000 230144

LOT NO. : 357082  
DATE EXP: 05.2026  
PPV : 413DH00

LOT NO. : 357082  
DATE EXP: 05.2026  
PPV : 413DH00

LOT NO. : 357082  
DATE EXP: 05.2026  
PPV : 413DH00

Docteur MASSO Islam

Endocrinologie, diabétologie, et maladies métaboliques

Échographie Thyroïdienne

Lauréate de la faculté de médecine de rabat



الدكتورة إسلام ماصو

أمراض الغدد الصماء و السكري و الأبيض

فحص الغدة الدرقية بالصدى

خريجة كلية الطب بالرباط

Dr. Islam MASSO  
Endocrinologue

2ème étage, Bureau N° 7  
Angle Av. Mediouna et Av. Benguerir  
Résidence Al mounatazah - Bettana  
Salé - Tél: 06 50 15 12 49

Dr. Islam MASSO  
Endocrinologue  
2ème étage, Bureau N° 7  
Angle Av. Mediouna et Av. Benguerir  
Résidence Al mounatazah - Bettana  
Salé - Tél: 06 50 15 12 49

102183

1 - p DOUKHATI

ULTRA

TSUs

ur D2 D3

NFAl, fenitine

Dr. Ghislane BELLANCEN  
Médecin Biologiste  
LABORATOIRE BIOLOR  
Tél: 05 37 63 63 93

Dr. Islam MASSO  
Endocrinologue  
2ème étage, Bureau N° 7  
Angle Av. Mediouna et Av. Benguerir  
Résidence Al mounatazah - Bettana  
Salé - Tél: 06 50 15 12 49

بنابة المنتزة، ناصية شارع مديونة و زنقة بنكرير مكتب رقم 7، الطابق الثاني، بطانة سلا

Immeuble Al Mounatazah, Angle avenue Mediouna et Rue

Bengrir, Bureau numéro 7, 2ème étage, Bettana Salé

05.37.81.28.67

Islam.massou@gmail.com

Identifiant du patient : 30031  
Date de naissance : 01/01/1949  
Sexe : F  
Du : 20/09/2023 à 08:07  
Edité le : 20/09/2023 à 12:25

**Mme DOUKKALI LAILA**

Dossier N° : 23580439



## HEMATOLOGIE

### NUMÉRATION FORMULE SANGUINE (XS-1000i / SYSMEX)

#### NUMÉRATION GLOBULAIRE

Hématies	:	3 720 000	/mm <sup>3</sup>	(3840000 - 5120000)	3920000 /mm <sup>3</sup> (12/12/2022)
Hémoglobine	:	11.7	g/dL	(11.8 - 15)	12.3 g/dL (12/12/2022)
Hématocrite	:	32.3	%	(35 - 45)	34.0 % (12/12/2022)
V.G.M.	:	86.8	fL	(83 - 97)	86.7 fL (12/12/2022)
C.C.M.H.	:	35.9	g/dL	(31.9 - 35.9)	35.9 g/dL (12/12/2022)
T.C.M.H.	:	31.5	pg	(27.5 - 33.2)	31.4 pg (12/12/2022)
Leucocytes	:	6 230	/mm <sup>3</sup>	(3800 - 9100)	4750 /mm <sup>3</sup> (12/12/2022)

#### FORMULE LEUCOCYTAIRE

P. Neutrophiles	:	50.5 %	3 146 /mm <sup>3</sup>	(1900 - 5700)	50.7 % (12/12/2022)
P. Eosinophiles	:	3.7 %	230 /mm <sup>3</sup>	(0 - 500)	3.4 % (12/12/2022)
P. Basophiles	:	0.2 %	12 /mm <sup>3</sup>	(0 - 90)	0.2 % (12/12/2022)
Lymphocytes	:	36.6 %	2 280 /mm <sup>3</sup>	(1070 - 3900)	32.4 % (12/12/2022)
Monocytes	:	9.0 %	560 /mm <sup>3</sup>	(170 - 1000)	13.3 % (12/12/2022)

#### NUMÉRATION PLAQUETTAIRE

Plaquettes	:	294 000	/mm <sup>3</sup>	(177000 - 379000)	263000 /mm <sup>3</sup> (12/12/2022)
------------	---	---------	------------------	-------------------	---

Le 20/09/2023 à 12:25  
Signature  
Dr. Bellahcen Ghislane



Identifiant du patient : 30031  
Date de naissance : 01/01/1949  
Sexe : F  
Du : 20/09/2023 à 08:07  
Edité le : 20/09/2023 à 12:25

Mme DOUKKALI LAILA

Dossier N° : 23580439



## BIOCHIMIE

HEMOGLOBINE GLYCOSYLEE A1C : 8.0 % (4.5 - 6.3) 6.8 % (07/07/2023)  
BIO-RAD D-10 (HPLC)

4.5 - 6.3 : Zone normale  
6.4 - 7.0 : Très bon équilibre chez un diabétique connu.  
Risque d'hypoglycémie chez l'insulino dépendant.  
Diabète possible pour un patient non diagnostiqué.  
7.1 - 8.0 : Bon équilibre glycémique chez un diabétique.  
Diagnostic sûr d'un diabète.  
> 8.1 : Mauvais équilibre glycémique.

FERRITINE : 71.86 ng/ml  
(Technique : ELFA/VIDAS/Biomérieux)

Valeurs usuelles en ng/ml  
Homme 18 à 30 ans : 18.7 - 323  
31 à 60 ans : 16.4 - 294  
Femme non ménopausée : 6.9 - 282  
Femme ménopausée : 14 - 233  
Enfants 1 à 7 jours : 145 - 458  
8 à 2 mois : 52 - 421  
3 à 10 ans : 10 - 65  
11 à 16 ans : 12 - 150

VITAMINE D2/D3 (25 OH VIT D) : 43.2 µg/L 108.0 nmol/L  
(ECLIA Cobas E411 Roche)

Valeurs souhaitables pour des patients adultes : > 30µg/L (> 75nmol/L)  
Statut vitaminique considéré insuffisant entre 10 et 30 µg/L (25 à 75nmol/L)  
Etat carenciel en dessous de 10 µg/L  
Potentiel effet toxique pour des valeurs > 100 µg/L  
A confronter aux données cliniques et thérapeutiques

## HORMONOLOGIE

THYREOSTIMULINE (TSH US) : 5.69 µUI/ml (0.25 - 5) 3.22 µUI/ml (07/07/2023)  
(ECLIA Cobas E411 Roche)

0.25 - 5 µUI/ml : Euthyroïdie  
< 0.15 µUI/ml : Hyperthyroïdie  
> 7 µUI/ml : Hypothyroïdie

Le 20/09/2023 à 12:25  
Signature  
Dr. Bellahcen Ghislane



# Laboratoires d'Analyses Médicales - BIOLOR

Facture N° : 3102/23

Rabat le 20 septembre 2023

A l'attention de : **Mme DOUKKALI LAILA**

Identifiant du patient : **30031**

Prélèvement du : **20/09/2023**

## Analyses :

Numération formule sanguine + plaquettes	B 80	107,20 Dhs
Ferritine	B 250	335,00 Dhs
Hémoglobine glycosylée	B 100	134,00 Dhs
Vitamine D	B 450	603,00 Dhs
Thyreostimuline (TSH 3G)	B 250	335,00 Dhs
Tarif de prélèvement		11

Total dossier : 1 525,20 Dhs

Remise : 20,00%

Montant avec remise : 1 220,16 Dhs

Mode de règlement : Espèce

Arrêté la présente facture à la somme de :

Mille Deux Cent Vingt Dirhams Seize Centimes

