

# 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 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.



## Déclaration de Maladie

M23-0022942

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8512 Société :  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : KOUN - 7  
 Date de naissance : 6/2/50  
 Adresse :  
 Tél. : 0661414151 Total des frais engagés : 825,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 18/12/23  
 Nom et prénom du malade : Rayane Raye 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 : Casa Le : 20/12/23  
 Signature de l'adhérent(e) :

## 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

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
18/12/23		1		Assistant C.H.U. St Louis Paris 24, Rue de Bagdad - CASA Tél: 0522 48 20 12 20

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
VIDAD'S PHARMACIE t. MZouka N° 27 Avenue Habib Sinaceur Casablanca - Anfa Tél: 0522.94.20.29	18/12/23	1190,40

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABIOMED Laboratoire d'Analyses Médicales 122, Bd d'Anfa Quartier Racine CASABLANCA - Tél: 05 22 48 13 51	18/12/23	B 425 + RUS	675,00

# AUXILIAIRES MEDICAUX

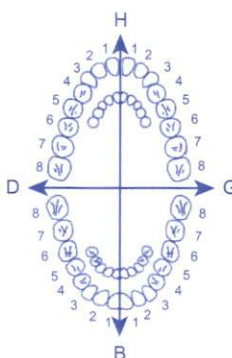
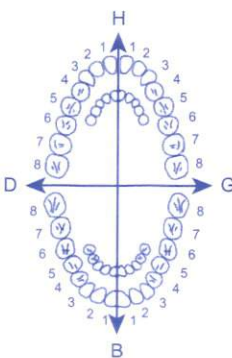
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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></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></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	[Création, remont, adjonction]																	
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																		
			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 Mohamed JELLAL**

Ex. Assistant C.H.U. St LOUIS Paris

Membre de l'Alfédiem et E.A.S.D.

Diabète - Obésité - Cholestérol - Thyroïde

Tél.: 0522 48 27 88

**الدكتور محمد جلال**

طبيب سابق بمستشفى سانلويز بباريس

أمراض السكري - السمنة - الكولسترول

الغدة الدرقية

الهاتف: 0522 48 27 88

Benkirane Ray

Casablanca, le

18/12/83

1/TSN  
LT4

2/Ca / Ph.

مختبر التحليلات الطبية  
**LABIOMED**  
Laboratoire d'Analyses Médicales  
122, Bd. d'Anfa Quartier Racine  
CASABLANCA - Tél: 05.22.48.13.51/86

Docteur Mohamed JELLAL  
Ex. Assistant C.H.U. St Louis Paris  
24, Rue de Baghdad - CASA  
Tél. 0522 48 27 88

24، زنقة بغداد (قرب زنقة أكادير ومصطفى المعاني) - الطابق السفلي - الدار البيضاء

24, Rue de Baghdad (ex Damrémont) R.D.C. Angle Rue d'Agadir et Rue Mostafa El Maâni) - Casablanca





6118001031030

**Galvus® 50 mg**

Boîte de 60 comprimés.

PPV : 390 DH

ed JELLAL

St LOUIS Paris

m et E.A.S.D.

estérol - Thyroïde

Tél.: 0522 48 27 88



6118001031030

**Galvus® 50 mg**

Boîte de 60 comprimés.

PPV : 390 DH



6118001031030

**Galvus® 50 mg**

Boîte de 60 comprimés.

PPV : 390 DH

**الدكتور محمد جلال**

طبيب سابق بمستشفى سانلويز بباريس

امراض السكري - السمنة - الكولسترول

الغدة الذرقية

الهاتف : 0522 48 27 88

Boukhane Rayane  
18/12/23  
Casablanca, le

6 118001 102006

**Levothyrox® 25 µg,**

Comprimés sécables B/30

PPV: 6,80 DH



6 118001 102006

**Levothyrox® 25 µg,**

Comprimés sécables B/30

PPV: 6,80 DH



6 118001 102006

**Levothyrox® 25 µg,**

Comprimés sécables B/30

PPV: 6,80 DH

1/ Galvus 50  
3 x 390,00 / 1170,00

(S.V)

2/ Levothyrox 25 µg  
3 x 6,80 / 20,40

(S.V)

1190,40

**WIDAD'S PHARMACIE**

ot. M'Zouka N° 27 Avenue Habib

Sinaceur Casablanca - Anfa

Tél: 0522 94 20 29

Docteur Mohamed JELLAL  
Ex Assesseur C.H.U. St-Louis Paris  
24, Rue de Baghdad - Casa  
Tél: 0522 48 27 8824, زقة بغداد (قرب زقة أكادير) ومصطفى المعاني - الطابق السفلي - الدار البيضاء  
24, Rue de Baghdad (ex Damrémont) R.D.C. Angle Rue d'Agadir et Rue Mostafa El Maâni - Casablanca

# Laboratoire LABIOMED d'Analyses Médicales

LABIOMED -S.N.C. - RC 92541 - IF 01022247 - CNSS 6007670 - Patente 30200179 - ICE 000231012000067  
Compte Banque Populaire - 190 / 780 / 21211 5575621 000 3 / 30 / Taha Houcine - Casablanca  
122, Bd d'Anfa - Quartier Racine - Casablanca - Tél. : 05 22 48.13.51 / 48.13.86 - Fax : 05 22 48.13.96

**Dr Jalil ELMANJRA**

Pharmacien Biologiste  
Ancien Assistant des Hôpitaux de Dijon  
Ancien Interne des Hôpitaux de Strasbourg

**Dr Abdelaziz LEMSEFFER**

Pharmacien Biologiste  
Ancien Interne des Hôpitaux de Besançon  
D.I.U. de Biologie de la Reproduction

**Bactériologie - Biochimie - Hématologie - Immunologie - Mycologie - Parasitologie - Virologie**

Casablanca le 18 décembre 2023

Mme BENKIRANE RAJAA

FACTURE N°	63870
------------	-------

Analyses :			
Phosphore -----	B	40	
Calcium Plasmatique -----	B	30	
Thyreostimuline (TSH us) -----	B	225	
Thyroxine libre (T4L) -----	B	200	Total : B 495
Prélèvements :			
Sang-----	Pc	15	
TOTAL DOSSIER		675,00 DH	

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Six Cent Soixante Quinze Dirhams

مختبر التحليلات الطبية  
**LABIOMED**  
Laboratoire d'Analyses Médicales  
122, Bd. d'Anfa Quartier Racine  
CASABLANCA • Tél. : 05.22.48.13.51 / 48.13.86



**Mme BENKIRANE RAJAA**

Dossier N° : 23611792

Docteur MOHAMED JELLAL

Dossier ouvert le : 18/12/23 - Edité le : 18/12/23

Page N° 1/1

## BIOCHIMIE

Antériorité

PHOSPHORE	:	27	mg/l	25 - 45
(Cobas Roche PURE 2023)	:	0,86	mmol/l	0,8 - 1,44
CALCIUM PLASMATIQUE	:	93	mg/l	86 à 107
(Cobas C6000)	:	2,33	mmol/l	2,15 à 2,67

15/12/2014

96  
2,4

## BILAN THYROIDIEN

THYREOSTIMULINE (TSH us)	:	0,45	μUI/ml	0,25 à 4,2	1,18
(Automate Cobas C6000)				<u>Nouvelles normes en 2019 pour la TSH</u>	
				Si Grossesse (1er Trimestre) 0,25 à 2,5	
				Si Grossesse (Trim 2 + 3) 0,25 à 3,0	
THYROXINE LIBRE (T4L)	:	12,00	pmol/l	12 à 22	20,00
(Automate Cobas C6000)					

Dr Jalil ELMANJRA

Dr Abdelaziz LEMSEFFER