

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 068013

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1930 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ZHAR Nouredine 19683
 Date de naissance : 13-07-55
 Adresse : N°36 - La colline 2 - Casablanca
 Tél. : 0661 796397 Total des frais engagés : 1120,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :




Date de consultation : 23/12/2023
 Nom et prénom du malade : ZHAR NOUREDDINE Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection oculaire
 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 : 22/01/24
 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
23/12/23		C2	250 Dp	

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
	23/12/23	8656	870 Dp

AUXILIAIRES MEDICAUX

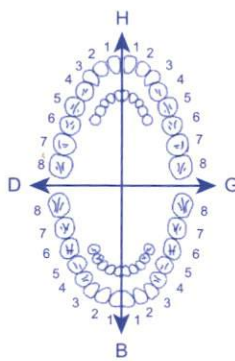
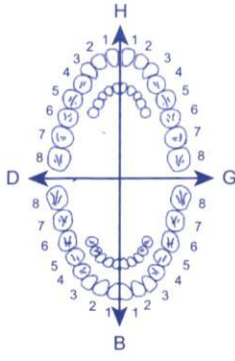
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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														
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">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 colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		CCEFFICIENT 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 EL ASRI Halima

OPHTALMOLOGUE

Maladies et Chirurgie des Yeux

Laser - Angiographie

ex. Chef de Service à

l'Hopital de Mohammadia

الدكتورة العسري حليمة

اختصاصية في امراض وجراحة العيون

ليزر - صور الشرايين

رئيسة مصلحة سابقا

بمستشفى المحمدية

Casablanca; le : 23/12/2023

ZHAR NOU READING

Bilan

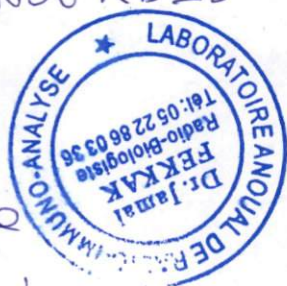
- N.F.S , glycémie

- créatinine , urée

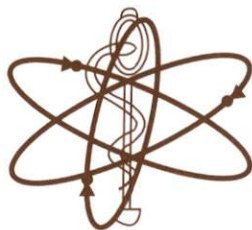
- cholestérol , Triglycérides

- Transaminases

- serologie Hépatite C



Dr EL ASRI Halima
Ophtalmologue
59, Bd. Zerketouni, Cas-
Résidence les Fleurs



FACTURE N° 2312230023

Mr Noureddine ZHAR

Demande N° 2312230023

Date de l'examen : 23-12-2023

Analyses :

Récapitulatif des analyses

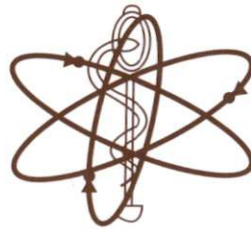
CN	Analyse	Val	Clefs
PSAD	Prélèvement sang adulte	E25	E
	ALAT (transaminase TGP)	B50	B
	ASAT (transaminase TGO)	B50	B
	Cholestérol	B30	B
	Créatinine	B30	B
	Triglycérides	B50	B
	Urée	B30	B
	Glycémie à jeun	B30	B
	Sérologie Hépatite C	B300	B
	NF	B80	B

Total des B : 650

TOTAL DOSSIER : 870 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : huit cent soixante-dix dirhams DH





Mr Nouredine ZHAR

Né(e) le : 13-07-1955

Dossier N° : 2312230023

Date de l'examen : 23-12-2023

Prélevé le : 23-12-2023 10:34 en interne

Edité le : 26-12-2023

DR : Dr halima EL ASRI

Adresse :

Page 1 / 2



ACCREDITATION
N° 8 3245
Portée disponible sur
www.cofrac.fr

Seules certaines prestations rapportées dans ce document sont couvertes par l'accréditation. Elles sont identifiées par le symbole [AC].

HEMATOCYTOLOGIE

Hémogramme

Cytométrie de flux sur ABX Pentra (échantillon primaire : sang total EDTA)

Leucocytes [AC]	9.00	milliers/ μ l	(4.00-10.00)	11.80
Hématies : [AC]	4.57	millions/ μ l	(4.50-6.50)	4.40
Hémoglobine : [AC]	14.3	grs/dL	(13.0-17.0)	14.1
Hématocrite : [AC]	44.1	%	(40.0-54.0)	42.3
VGM : [AC]	96.0	μ 3	(80.0-100.0)	96.0
TCMH : [AC]	31.4	pg	(27.0-32.0)	32.0
CCMH : [AC]	32.6	g/dl	(32.0-36.0)	33.3
RDW : [AC]	12.7	%	(11.0-16.0)	12.6
Polynucléaires Neutrophiles :	68.5	%		69.0
Soit:	6.17	milliers/mm3	(2.00-7.50)	8.14
Polynucléaires Eosinophiles :	4.2	%		2.0
Soit:	0.38	milliers/mm3	(0.00-0.50)	0.24
Polynucléaires Basophiles :	1.0	%		1.0
Soit:	0.09	milliers/mm3	(0.00-0.20)	0.12
Lymphocytes :	17.8	%		18.0
Soit:	1.60	milliers/mm3	(1.00-4.00)	2.12
Monocytes :	8.5	%		10.0
Soit:	0.77	milliers/mm3	(0.20-1.00)	1.18
Plaquettes : [AC]	336		(150-500)	191

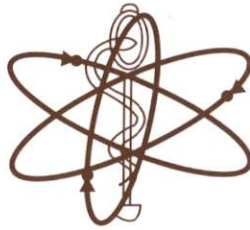
BIOCHIMIE SANGUINE

Glycémie à jeun [AC]	1.02	g/l	(0.74-1.09)	
(Enzymatique HK/G6PDH- Cobas 6000® Roche)	5.66	mmol/l	(4.11-6.05)	
Urée [AC]	0.28	g/l	(0.17-0.49)	0.24
(Cinétique Urease/GLDH-Cobas 6000® - Roche)	4.66	mmol/l	(2.76-8.08)	
Créatinine [AC]	8.4	mg/l	(7.0-12.0)	
(Jaffé, Colorimétrique Cinétique- Cobas 6000® Roche)	74.3	μ mol/l	(62.0-106.2)	
Cholestérol total [AC]	2.35	g/l	(<2.00)	
(Colorimétrique Enzymatique - Cobas 6000® Roche)	6.08	mmol/l	(<5.17)	
Triglycérides [AC]	1.50	g/l	(<1.50)	
(GPO/PAP - Cobas 6000® Roche)	1.70	mmol/l	(<1.70)	



Laboratoire Anoual

Laboratoire de Biologie Médicale
Biologie Moléculaire
Biologie Spécialisée
Radio immuno-analyse
Diagnostic Prénatal



مختبر أنوال

Docteur Jamal FEKKAK

Radio-biologiste

Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris

Diplômé de l'Université Paris VII

et de l'Institut Pasteur de Paris

Biologiste Qualiticien

Mr Noureddine ZHAR

Né(e) le : 13-07-1955

Dossier N° : 2312230023

Date de l'examen : 23-12-2023

Prélevé le : 23-12-2023 10:34 en interne

Edité le : 26-12-2023

DR : Dr halima EL ASRI

Adresse :

Page 2 / 2



ACCREDITATION
N° 8 3245
Portée disponible sur
www.cofrac.fr

Seules certaines prestations rapportées dans ce document sont couvertes par l'accréditation. Elles sont identifiées par le symbole [AC].

ENZYMOLOGIE

Transaminases GOT (ASAT) [AC]

(IFCC, sans PYP - Cobas 6000® Roche)

17 UI/L (<40)

Transaminases GPT (ALAT) [AC]

(IFCC, sans PYP Cobas 6000® Roche)

9 UI/L (<41)

SEROLOGIE INFECTIEUSE

Echantillon primaire : Sérum

NEGATIF

Anticorps anti-HCV [AC]

(ECLIA - COBAS 6000® Roche)

Indice

0.042

Négative: $I < 0,9$

Douteux: $0,9 < I < 1$

Positive: $I > 1$