

# 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° M21- 0054653

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3279

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BENDANNA

Date de naissance :

Adresse : 1 Rue AIN AGHAL - ITY SALAM, CASA

Tél. : 066 255 5641

Total des frais engagés : 1003 DH

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 24/02/2024

Nom et prénom du malade : BENDANNA

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Maladie chronique

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 : 4-104/2024


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
24/02/24	CC		250,00	 Dr. EZZIOUI NOUREDINE DENTISTE Tél: 06 61110995 INP: 111062688

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	24/02/24	218,40 DH

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 Laboratoire Dar El Baroud Dr. BAYANE Fouad 276 Avenue Mohammed V Marrakech - Tél: 05 24 44 58 49	27/02/24	B 730	1003,00

# AUXILIAIRES MEDICAUX

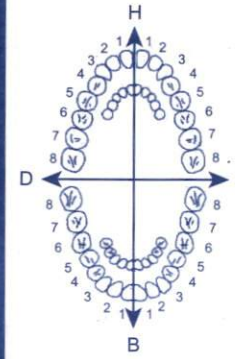
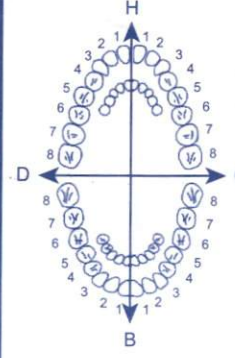
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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															
				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 COEFFICIENT 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> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. EZZIDI NOUREDDINE

SPECIALISTE  
EN CHIRURGIE GENERALE

الدكتور الزيدي نور الدين

اختصاصي  
في الجراحة العامة

ORDONNANCE

Safi, le : 24/9/24

1 BENDAMMA 1 cas

(38,50 x 2)

① MALTOFER

1 cp / j 2 mois

96,00

② PRAZOL

1 cp / j

à jeun

28

45,40

③ DOFALAC

1 cas / j

218,40

Dr. EZZIDI NOUREDDINE  
CHIRURGIEN  
Tél: 06.61.11.09.95  
INP: 111062683

LOT : 23E002  
PER: 06 2025  
DUPHALAC 66,5%  
SOL BUV 200 ML  
P.P.V : 45DH40  
5 118000 010494

38,50

Maltofer®  
Fer (III)  
Comprimés pelliculés boîte de 30  
6 118000 331902

38,50

Maltofer®  
Fer (III)  
Comprimés pelliculés boîte de 30  
6 118000 331902

96,00

BELMAZOL® 20 mg  
28 gélules

6 118000 070139



**Dr. EZZIDI NOUREDDINE**

**SPECIALISTE  
EN CHIRURGIE GENERALE**

**الدكتور الزيدي نور الدين**  
**اختصاصي**  
**في الجراحة العامة**

**ORDONNANCE**

Safi, le : 24 / 2 / 24

À BENSANNA

\* PSA

\* TSH

\* Hb *supplée*

\* NFS

**Laboratoire Dar El Baroud**  
**Dr. BAYANE Fouad**  
276 Avenue Mohamed V  
Marrakech - Tél : 05 24 44 58 49

**Dr EZZIDI NOUREDDINE**  
CHIRURGIEN  
Tél : 06 11 11 99 95  
INP : 11 06 26 83

**LABORATOIRE DAR EL BAROUD**

276, Avenue Mohamed V - Face Koutoubia 40 000 MARRAKECH -Maroc  
Tél.: 05 24 44 58.49 / - Fax: 05 24 42 62 01

Dr Fouad BAYANE Pharmacien Biologiste

I.F 69202070

PAT : 45602177

CNSS : 1082495

ICE : 001665554000018

INPE : 073002115



DATE FACTURE: 27/02/2024

**FACTURE 2402065**

Nom et Prénom ... : Monsieur Mohammed BENDANNA

Prescripteur .... : Dr. EZZIDI NOUREDDINE

Date Dossier .... : 27/02/2024

CODE	ANALYSES	B/HN	Clé	PRIX EN DH
361	PSA Total			
164	TSH 3ième génération	300	B	402,00
119	HEMOGLOBINE GLYCOSYLEE	250	B	335,00
216	Numeration Formule Sanguine	100	B	134,00
		080	B	107,20

Total B : 730  
Total HN : 0  
REMISE : 0,20

Arrêtée la présente facture à la somme de **1003,00 Dhs**

Mille trois Dirhams

- Pharmacien- Biologiste
- Analyse de Biologie Médicale
- Biologie de la Reproduction Humaine :
  - Insemination
  - Fécondation In Vitro (F.I.V)
  - Micro-injection (ICSI)
- Titulaire du Diplôme d'Université de Médecine et Biologie de la Reproduction (Paris)
- Diplôme Universitaire de Thérapeutique en Stérilité (Paris)
- Certificat de Reproduction Humaine (Bruxelles)
- Diplôme d'Université : Diagnostic et Thérapeutique du couple infertile: Aspects Biologiques (Paris)
- DU : Procréation et cancer (préservation de la fertilité) (Paris)
- DU : Prise en charge clinique, biologique et génétique (Assistance médicale de procréation) (Montpellier)
- DIU : Infertilité masculine et AMP (ANDROLOGIE) (Montpellier)



DU : Assurance qualité en Biologie Médicale (PARIS)  
Diplôme Jamعي : ضمان الجودة في البيولوجيا الطبية (باريس)  
Máster : la Base Teórica y Procedimientos de Laboratorio de Reproducción Asistida España

- صيدلي - إحيائي
- التحاليل الطبية البيولوجية
- بيولوجيا التناسل البشري
- التلقيح
- الإخصاب المجهري للبويضة
- دبلوم جامعي : بيولوجيا وعلم الإنجاب (باريس)
- دبلوم جامعي : لعلاج العقم (باريس)
- شهادة في التناسل البشري (بروكسيل)
- دبلوم جامعي : في تشخيص وعلاج العقم : الجوانب البيولوجية
- دبلوم جامعي : الإنجاب والسرطان (الحفاظ على الخصوبة)
- دبلوم جامعي في العلاج السريري، البيولوجي والجيني
- المساعدة الطبية على الإنجاب - مونتيلي
- دبلوم جامعي في العقم عند الذكور والمساعدة الطبية على الإنجاب
- علاج مشاكل الجهاز التناسلي عند الذكور (اندروlogia) (مونتيلي)

Code Patient : 430187  
Date de prélèvement : 27/02/2024 à 07h28  
Dossier édité le : 27/02/2024 à 12h47  
CIN : B550612  
PASSEPORT :  
Prélèvement Effectué Au Laboratoire

**Mr. BENDANNA Mohammed**  
Référence : 270224 001 né(e)le: 01/01/1949  
**Dr. EZZIDI NOUREDDINE**

**DUPLICATE**

DUPLICATA du 27/02/24, Dossier Validé par un Biologiste

Page: 1/2

## HEMATOLOGIE

### HEMOGRAMME

Globules blancs	: 8 990	/mm <sup>3</sup>	(4000 à 10000)
Globules rouges	: 4,51	M/mm <sup>3</sup>	(4,2 à 5,7)
Hémoglobine	: 13,4	g/dL	(14.0 à 17.0)
Hématocrite	: 42,20	%	(40 à 52)
V.G.M	: 94	fL	(80 à 95)
T.C.M.H	: 30	pg	(28 à 33)
C.C.M.H	: 32	g/dL	(31 à 36)
Plaquettes	: 226 000	/mm <sup>3</sup>	(150 000 à 400 000)

### Formule leucocytaire :

Polynucléaires neutrophiles	: 69	%	(40 à 75)
Soit	: 6 203	/mm <sup>3</sup>	(2000 à 7500)
Polynucléaires éosinophiles	: 1	%	(0 à 4)
Soit	: 90	/mm <sup>3</sup>	(100 à 400)
Polynucléaires basophiles	: 0	%	(0 à 1)
Soit	: 0	/mm <sup>3</sup>	(0 à 100)
Lymphocytes	: 19	%	(20 à 45)
Soit	: 1 708	/mm <sup>3</sup>	(1070 à 4100)
Monocytes	: 11	%	(2 à 10)
Soit	: 989	/mm <sup>3</sup>	(230 à 800)

Tournez la page s.v.p

**Biologiste**



Code Patient : 430187  
Date du prélèvement : 27/02/2024 à 07h28  
Dossier édité le : 27/02/2024 à 12h47  
CIN : B550612  
PASSEPORT :

Mr. BENDANNA Mohammed  
Référence: 270224 001 né(e)le: 01/01/1949  
Dr. EZZIDI NOUREDDINE

Prélèvement Effectué Au Laboratoire

DUPLICATA du 27/02/24, Dossier Validé par un Biologiste

DUPLICATA

Page: 2

BIOCHIMIE

Valeurs de référence      Antécédents

Hémoglobine glyquée (HbA1C) : 8,60 %

Technique : HPLC(chromatographie liquide haute performance)- BIORAD  
(Méthode certifiée par les sociétés internationales de standardisation (IFCC standardization

Interprétation :

Hémoglobine A1C (%)

Niveau de contrôle glycémique

Mesures à entreprendre

Objectif

Niveau non diabétique

ENDOCRINOLOGIE

Valeurs de référence      Antécédents

TSH 3ème génération

Technique: Chimiluminescence, ACCESS 2

- Résultat : 1.02      µUI/ml

(0,34 à5.6)

MARQUEURS TUMORAUX

Valeurs de référence      Antécédents

DOSAGE DE PSA ( Prostatic Specific Antigen)

PSA Totale : 4,62      ng/ml

< à 4,00

Technique :