

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Biologie 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.

## Éducation :

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.

## Prothèse 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.

## Adresses Mails utiles

Réclamation : contact@mupras.com  
Prise en charge : pec@mupras.com  
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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.

**PRAS** : 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° P19-0031953

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4926 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BERRADA Mohammed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 61 29 51 31 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 :

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) : ACCUEIL



# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.  
Veuillez fournir une facture  
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															
				<b>Coefficient des travaux</b>														
				<b>Montant des soins</b>														
				<b>Début d'exécution</b>														
				<b>Fin d'exécution</b>														
<b>O.D.F.</b> Prothèses dentaires  	Détermination du coefficient masticatoire			<b>Coefficient des travaux</b>														
	<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 colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	G			<b>Montant des soins</b>
	H																	
	25533412	21433552																
00000000	00000000																	
D																		
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
G																		
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			<b>Date du devis</b>															
			<b>Fin d'exécution</b>															
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution																

<b>VOLET ADHERENT</b>		NOM :	Mle
DECLARATION N°		<b>P17/048598</b>	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			



P17/048598

DATE DE DEPOT  
/ /201

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mle	11924
Nom & Prénom		BERRADA Mohamed	
Fonction	24889	0661295131	
Mail		p.berrada@gmail.com	
<b>MEDECIN</b>	Prénom du patient Berrada Abdel		
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input checked="" type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age 69
Nature de la maladie		Hypertension + Dyslipémie	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
V2X		400	
<b>PHARMACIE</b>	Date 22/07/19		
Montant de la facture	766,40		
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>		Date	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
B750	943,75 M		
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV



611 800110201 3

**Levothyrox® 50µg,**

Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH

7862160333

8 435110 850122 >

PEGASUS  
PHARM.

**KALMILIDER 30 GELULES**  
PRIX : 98 DH

Maphar

Km 10, Route Côtière 111,  
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca:

Crestor 5mg cp pell b30

P.P.V : 196,20 DH



6 118001 183104

Maphar

Km 10, Route Côtière 111,  
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca:

Crestor 5mg cp pell b30

P.P.V : 196,20 DH



6 118001 183104



6 118001 102020

**Levothyrox® 100 µg,**


Comprimés sécables B/30

PPV: 24,40 DH

7862160342

**KALMILIDER**  
Extrait de Safran

- Nervosité, irritabilité
- Troubles du sommeil

 69.00

Boite de 30 gélules  
Voie orale

LOT: 190165  
DLUO: 04/2022  
69,06DH



6 118001 102020

**Levothyrox® 100 µg,**

Comprimés sécables B/30

PPV: 24,40 DH

7862160342



6 118001 102006

**Levothyrox® 25 µg,**

Comprimés sécables B/30

PPV: 6,80 DH

7862160335



## Dr Mikou Abdelhaq

Diplômé de la faculté de médecine de Toulouse  
Spécialiste en endocrinologie-diabète  
Maladies de la nutrition  
Obésité-maigreur-maladies du cholestérol-goitre  
Sur rendez-vous

Casablanca, le 05 juillet 2019

Madame Afaf Bennani épouse Berrada  
Née le 22 novembre 1952

### ORDONNANCE

#### Examen sanguin

- acide urique
- Cholestérol total
- cholestérol HDL + LDL
- Triglycérides
- gamma glutamyl transférase- CGT
- transaminase O -TGO
- transaminases P -TGP
- lipase
- TSH
- numération formule



Dr MIKOU Abdelhaq  
Endocrinologie - Diabète  
29, bd Rahal El Meskini

# مختبر التحاليل الطبية المعاريف

## LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES MAARIF



Laboratoire Certifié ISO 9001 du 06/04/15

Dr. Abderrazzak ZIZI  
Pharmacien Biologiste  
Diplômé de la Faculté de Pharmacie de Reims



Casablanca le 05-07-2019

Mme BERRADA Afaf

FACTURE N° A19070172

Récapitulatif des analyses			
CN	Analyse	Val	Clefs
PD2	Prélèvement à domicile	E100	E
E1125	Traitement échantillon sanguin	E11.25	E
0106	Cholestérol total	B30	B
0110	Cholestérol HDL+ L D L	B80	B
0134	Triglycérides	B60	B
0141	Gamma glutamyl transférase ( GGT)	B50	B
0146	Transaminases O (TGO)	B50	B
0147	Transaminases P (TGP)	B50	B
0148	Lipase	B100	B
0163	TSH	B250	B
0216	Numération formule	B80	B

Total des B : 750

TOTAL DOSSIER : 943.75 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :  
neuf cent quarante-trois dirhams soixante-quinze centimes



# Dr Mikou Abdelhaq

Diplômé de la faculté de médecine de Toulouse  
Spécialiste en endocrinologie-diabète  
Maladies de la nutrition  
Obésité-maigreur-maladies du cholestérol-goitre  
Sur rendez-vous

Casablanca, le 22 juillet 2019

Madame Afaf Berrada née Bennani  
Né le 22 novembre 1952

Traitement pour 3 mois

$$69,00 \times 3 = 207,00$$

- Kalmaner 30 gellules- 2 cp/j

$$196,20 \times 2 = 392,40$$

- Crestor 5 mg 28 comp- 1 cp/j

- Cardioaspirine 30 cps- 1 cp/j

- Levothyrox 50 mg

- Levothyrox 25 mg

- Levothyrox 100 mg

- Kalimider 2 boîtes

$$13,40$$

$$6,80$$

$$24,40 \times 2 = 48,80$$

$$98,00$$

$$766,40$$

Dr MIKOU Abdelhaq  
Endocrinologie - Diabète  
30 bd Rahal El Meskini  
Casablanca

PHARMACIE HOTEL WALZO  
Dr MIKOU ABDELHAQ  
N°3 HOTEL WALZO BD ABDELKIM EL  
KHATTABI ROUTE DE CASABLANCA  
MARRAKECH  
Tel: 06 24 30 54 51

39, bd Rahal El Meskini – 2<sup>ème</sup> étage- Casablanca

Tel. 05 22 31 16 30

Email : famillemikou@gmail.com

## LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES MAARIF



Laboratoire Certifié ISO 9001 du 06/04/15

Dr. Abderrazzak ZIZI

Pharmacien Biologiste

Diplômé de la Faculté de Pharmacie de Reims



Casablanca le : 05-07-2019

Mme BERRADA Afaf

Code : 16050902

Référence : A19070172

Du : 05-07-2019

Prescripteur : Dr EL GHOMARI HASSAN

Normes

Antécédents

## HEMATOLOGIE

## HEMOGRAMME

## Numération Globulaire

				05-03-2019
Hématies	4.5	M/mm <sup>3</sup>	(4.0-5.3)	4.6
Hémoglobine	14.0	g/dL	(12.5-15.5)	14.2
Hématocrite	41	%	(37-46)	42
VGM	91	μ <sup>3</sup>	(80-95)	91
TCMH	31	pg	(28-32)	31
CCMH	34	g/100mL	(30-35)	34

## Formule leucocytaire

Leucocytes		3 940	/mm <sup>3</sup>	(4 000-10 000)	4 350
Neutrophiles	45 % soit	1 773	/mm <sup>3</sup>	(1 500-7 500)	2045
Eosinophiles	3 % soit	118	/mm <sup>3</sup>	(<400)	87
Basophiles	0 % soit	0	/mm <sup>3</sup>	(<100)	0
Lymphocytes	44 % soit	1 734	/mm <sup>3</sup>	(1 500-4 000)	1958
Monocytes	8 % soit	315	/mm <sup>3</sup>	(200-1 000)	261

## Numération plaquettaire

Plaquettes	220 000	/mm <sup>3</sup>	(150 000-400 000)	171 000
Volume Plaquettaire Moyen	10.2	fl	(6.0-11.0)	11.0





# مختبر التحاليل الطبية المعاريف

## LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES MAARIF



Laboratoire Certifié ISO 9001 du 06/04/15

Casablanca le : 05-07-2019

Mme BERRADA Afaf

Code : 16050902

Référence : A19070172

Normes

Antériorités

### BIOCHIMIE SANGUINE

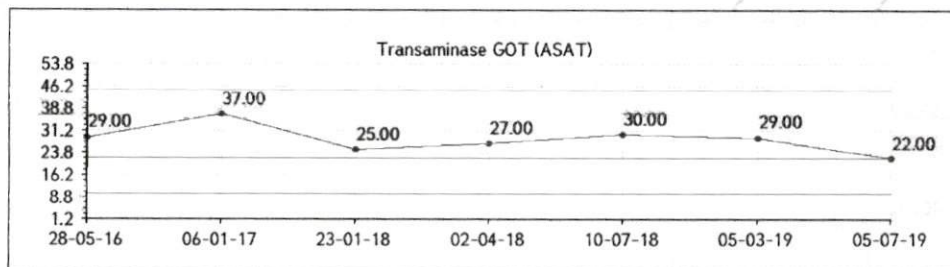
Transaminase GOT (ASAT)

22 UI/L

(10-45)

05-03-2019

29



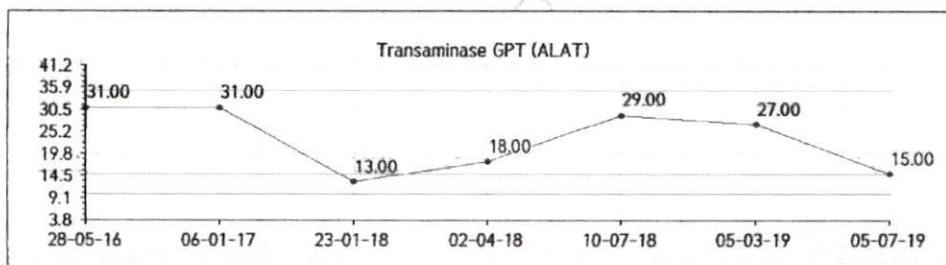
Transaminase GPT (ALAT)

15 UI/L

(10-35)

05-03-2019

27



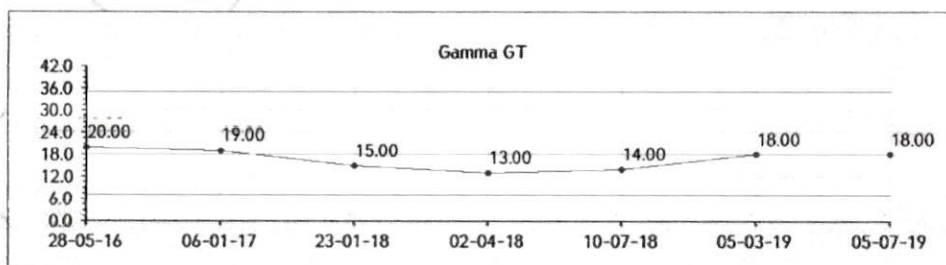
Gamma GT

18 UI/L

(7-35)

05-03-2019

18



Lipase

29 UI/L

(<60)





# مختبر التحليلات الطبية المعاريف

## LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES MAARIF



Laboratoire Certifié ISO 9001 du 06/04/15

Casablanca le : 05-07-2019

Mme BERRADA Afaf

Code : 16050902

Référence : A19070172

Normes

Antériorités

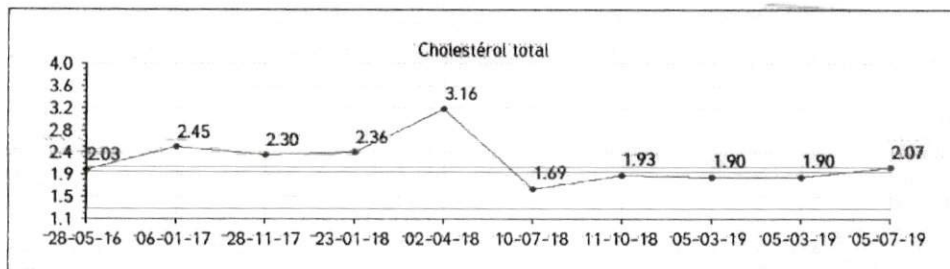
Cholestérol total

2.07 g/L  
5.34 mmol/L

(1.30-2.00)  
(3.35-5.16)

05-03-2019  
1.90

(Normes: Recommandations AMCAR de février 2015)

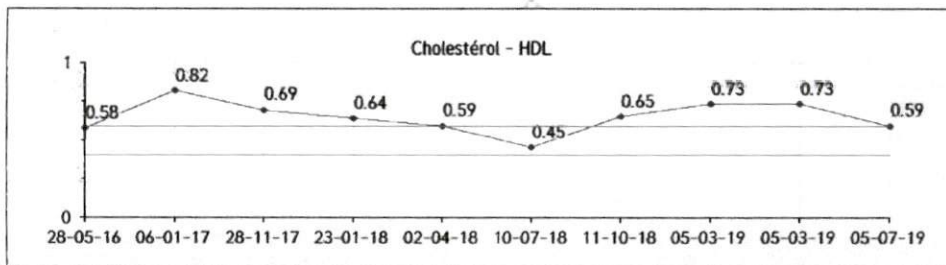


Cholestérol - HDL

0.59 g/L  
1.52 mmol/L

(>0.40)  
(>1.03)

05-03-2019  
0.73



# مختبر التحاليل الطبية المعاريف

## LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES MAARIF



Laboratoire Certifié ISO 9001 du 06/04/15

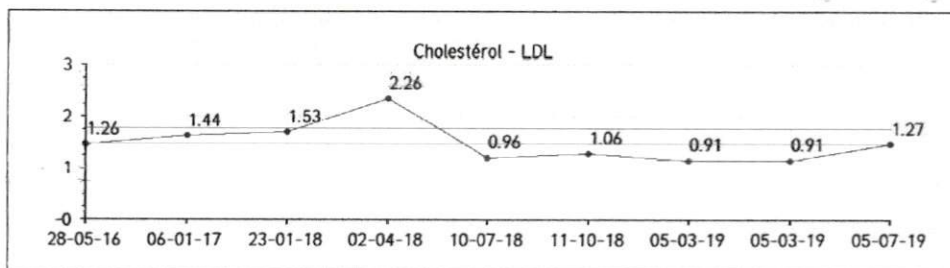
Casablanca le : 05-07-2019

Mme BERRADA Afaf

Code : 16050902

Référence : A19070172

		Normes	Antériorités
Cholestérol - LDL	1.27 g/L 3.28 mmol/L	(<1.60) (<4.13)	05-03-2019 0.91



### Objectifs du LDL-cholesterol : Recommandations AFSSAPS

#### Prévention primaire :

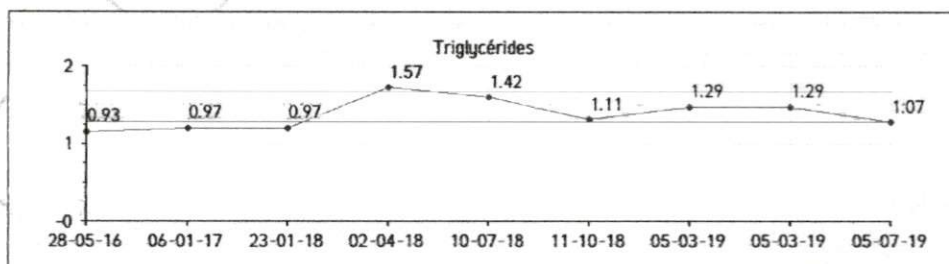
Absence de facteur de risque	: < 2.20 g/L	soit 5.7 mmol/L
1 facteur de risque	: < 1.90 g/L	soit 4.9 mmol/L
2 facteurs de risque	: < 1.60 g/L	soit 4.1 mmol/L
Plus de 2 facteurs de risque	: < 1.30 g/L	soit 3.4 mmol/L

#### Prévention secondaire :

Maladie coronarienne	: < 1.00 g/L	soit 2.6 mmol/L
----------------------	--------------	-----------------

Les facteurs de risque sont l'âge (>50 ans pour l'homme et >60 ans pour la femme), les antécédents familiaux de maladie coronarienne précoce, l'hypertension artérielle, le diabète de type 2, le tabagisme et le cholestérol HDL < 0.40 g/l (1.0 mmol/l)

Triglycérides	1.07 g/L 1.22 mmol/L	(<1.50) (<1.71)	05-03-2019 1.29
---------------	-------------------------	--------------------	--------------------



مختبر التحاليل الطبية المعاريف  
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES MAARIF



Laboratoire Certifié ISO 9001 du 06/04/15

Casablanca le : 05-07-2019

Mme BERRADA Afaf

Code : 16050902

Référence : A19070172

Normes

Antécédents

**BILAN ENDOCRINIEN**

Thyréostimuline (TSH)  
(Cobas e411: Electrochimiluminescence)

0.89  $\mu\text{UI/mL}$

(0.27-4.20)

05-03-2019

3.07

