

# 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.

## 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° M21- 0006687

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2045 Société : 137704  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : LARAKI - FATIMA  
 Date de naissance : 10/08/55  
 Adresse : Bd Dr Mohamed Sijilmassi - Res Sadaf 13 - Casablanca  
 Tél. : 062954384 Total des frais engagés : 1025 x Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. CARIOU - BELGADI Joelle  
 ENDOSCRINOLOGUE  
 119 Bd. Bir Anzarane  
 Maârif - CASABLANCA  
 Date de consultation : 09 / 11 / 2022  
 Nom et prénom du malade : LARAKI Fatima Age : 1955  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : 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 : CASABLANCA Le 17 NOV 2022  
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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             |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 07/11/12        |                   |                       | 250,00                          | Dr. CARIOU - BELGADI JoeLL<br>119, Bd. Bir Anzarane<br>Maârif - CASABLANCA |
| 09/11/12        |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

# 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 |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
| Laboratoire TOUZANI RASHE<br>50 Bd Aïn Facoute - Casablanca<br>Tél. 0522 47 49 49 - 0522 47 52 52 | 07/11/12 | 8-560                        | 775,000/15             |
|   |          |                              |                        |
|   |          |                              |                        |
|   |          |                              |                        |
|   |          |                              |                        |
|   |          |                              |                        |
|   |          |                              |                        |

# AUXILIAIRES MEDICAUX

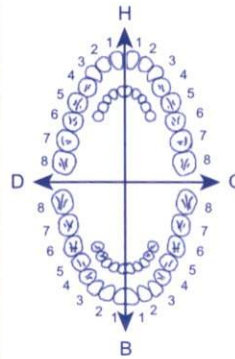
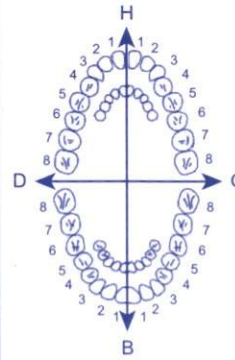
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
|                                  |                | A M    | P C | I 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> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> |  | H                                       |  | H | 25533412 | 21433552 |  | 00000000 | 00000000 |  | D |  | G | 00000000 | 00000000 |  | 35533411 | 11433553 |  | B |  |  | Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/> |  |
|  | H   |  | H                                       |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |  |
|  | 25533412  | 21433552                                 |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |  |
|  | 00000000  | 00000000                                 |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |  |
|  | D   |  | G                                       |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |  |
|  | 00000000  | 00000000                                 |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |  |
|  | 35533411  | 11433553                                 |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |  |
|  | B   |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |  |
|  | [Création, remont, adjonction]<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession  |  | 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



Code Patient 211122021



Prélèvement du : 07-11-2022  
reçu à 08:59  
**Demande N° : 221107008**  
Edition : 07-11-2022

**Mme LARAKI Fatima**

Né(e) le : 10-08-1955

Prescripteur : Dr. CARIOU BELQADI JOELLE

## HEMATO-CYTOLOGIE

### HEMOGRAMME (Automate : Sysmex XS-1000i)

"Les valeurs de référence sont automatiquement éditées en fonction de l'âge, du sexe et de l'état physiologique du patient(e)"

|                               |              |                   |                   |
|-------------------------------|--------------|-------------------|-------------------|
| <b>Hématies :</b>             | 4,40         | M/mm <sup>3</sup> | (3,85-5,20)       |
| Hémoglobine :                 | 13,6         | g/dL              | (11,8-15,8)       |
| Hématocrite :                 | 39,7         | %                 | (35,0-45,5)       |
| VGM :                         | 90           | fL                | (80-101)          |
| TCMH :                        | 31           | pg                | (27-34)           |
| CCMH :                        | 34,3         | g/dL              | (31,0-37,0)       |
| <b>Leucocytes :</b>           | 4 780        | /mm <sup>3</sup>  | (3 600-10 500)    |
| Polynucléaires Neutrophiles : | 40,1         | %                 |                   |
| Soit:                         | <b>1 917</b> | /mm <sup>3</sup>  | (2 000-7 500)     |
| Lymphocytes :                 | 49,0         | %                 |                   |
| Soit:                         | 2 342        | /mm <sup>3</sup>  | (>1 000)          |
| Monocytes :                   | 8,8          | %                 |                   |
| Soit:                         | 421          | /mm <sup>3</sup>  | (100-1 100)       |
| Polynucléaires Eosinophiles : | 1,5          | %                 |                   |
| Soit:                         | 72           | /mm <sup>3</sup>  | (0-600)           |
| Polynucléaires Basophiles :   | 0,6          | %                 |                   |
| Soit:                         | 29           | /mm <sup>3</sup>  | (0-100)           |
| Blastes :                     | 0            | %                 |                   |
| <b>Plaquettes :</b>           | 320 000      | /mm <sup>3</sup>  | (160 000-370 000) |
| VPM :                         | 10           | fL                | (7-11)            |

### VITESSE DE SEDIMENTATION

|                            |    |     |
|----------------------------|----|-----|
| <b>VS 1ère heure</b>       | 12 | mm  |
| ( Méthode de Westergreen ) |    |     |
| Age du patient(e)          | 67 | ans |

Valeur de référence VS 1ère heure: Homme (VS < âge/2), Femme [VS < (âge+10)/2]





Référence : 221107008

Mme LARAKI Fatima

### BIOCHIMIE SANGUINE

|                                     |             |             |
|-------------------------------------|-------------|-------------|
| <b>Créatinine</b>                   | 9,2 mg/L    | (3,0-11,0)  |
| ( Méthode Jaffé compensée - Roche ) | 81,4 µmol/L | (26,6-97,4) |

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Clairance de la créatinine par MDRD</b>      | 65 mL/min |
| ( Clairance estimée pour un patient caucasien ) |           |

Interprétation des résultats selon les recommandations HAS de septembre 2002 :

- Pas d'insuffisance rénale :  $> \text{ou} = 60 \text{ mL/min}$
- Insuffisance rénale modérée :  $30 - 60 \text{ mL/min}$
- Insuffisance rénale sévère :  $15 - 30 \text{ mL/min}$
- Insuffisance rénale terminale :  $< \text{à} 15 \text{ mL/min}$

|                               |             |             |
|-------------------------------|-------------|-------------|
| <b>Glycémie à jeun</b>        | 0,94 g/L    | (0,70-1,10) |
| ( Hexokinase G6PD-H - Roche ) | 5,22 mmol/L | (3,89-6,11) |

Intolérance au glucose : 1,10 à 1,26 g/L soit 6,11 à 6,99 mmol/L à confirmer par une HGPO 2h après charge de 75 g  
Diabète : sup à 1,26 g/L soit 6,99 mmol/L dosage répété à deux reprises à 6 mois d'intervalle.

|                                   |             |             |
|-----------------------------------|-------------|-------------|
| <b>Cholestérol total</b>          | 1,56 g/l    | (1,30-2,00) |
| ( Technique enzymatique - Roche ) | 4,04 mmol/L | (3,36-5,17) |

|                                   |             |             |
|-----------------------------------|-------------|-------------|
| <b>Triglycérides</b>              | 0,76 g/L    | (0,35-1,50) |
| ( Technique enzymatique - Roche ) | 0,87 mmol/L | (0,40-1,71) |

|                                |             |         |
|--------------------------------|-------------|---------|
| <b>LDL-Cholestérol</b>         | 0,69 g/L    | (<1,55) |
| ( Dosage enzymatique - Roche ) | 1,78 mmol/L | (<4,01) |

### BILAN ENDOCRINIEN

|                             |            |             |
|-----------------------------|------------|-------------|
| <b>TSH Ultra-sensible</b>   | 7,65 mUI/L | (0,27-4,20) |
| ( Technique ECLIA - Roche ) |            |             |

Demande validée biologiquement par : Dr. TOUZANI

LABORATOIRE TOUZANI RACINE  
50 Bd Aïn Taoujtate - Casablanca  
Tél. 0522 47 49 49 - 0522 47 52 52



LABORATOIRE  
**TOUZANI**  
RACINE

**Dr Othmane TOUZANI**

Spécialiste en : Hématologie - Biochimie - Bactériologie  
Virologie Clinique - Immunologie - Parasitologie - Mycologie  
Biologie de la Reproduction (Université Marseille)  
Qualité en Biologie Médicale (Université Bordeaux)

**FACTURE N° : 221107008**

Casablanca le 07-11-2022

INPE :



093061422

**Mme Fatima LARAKI**

Date de l'examen : 07-11-2022

Analyses :

**Récapitulatif des analyses**

| CN   | Analyse                                | Val  | Clefs |
|------|--|------|-------|
| 9105 | Forfait traitement échantillon sanguin | E25  | E     |
| 0106 | Cholestérol total                      | B30  | B     |
| 0109 | Cholestérol L D L                      | B50  | B     |
| 0111 | Créatinine                             | B30  | B     |
| 0118 | Glycémie                               | B30  | B     |
| 0134 | Triglycérides                          | B60  | B     |
| 0163 | TSH                                    | B250 | B     |
| 0205 | Clearances de la créatinine            | B50  | -     |
| 0216 | Numération formule                     | B80  | B     |
| 0223 | VS                                     | B30  | B     |

Total des B : 560

TOTAL DOSSIER : 775.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : sept cent soixante-quinze dirham

LABORATOIRE TOUZANI RACINE  
50 Bd Aïn Taoujtate - Casablanca  
Tél. 0522 47 49 49 - 0522 47 52 52

**La Qualité est notre souci permanent**

50, Boulevard Aïn Taoujtate, Racine (prolongement clinique Badr) - Casablanca - Maroc  
Tél : 05 22 47 49 49 / 47 52 52 - Fax : 05 22 48 66 00 - E-mail : laboratoireltr@gmail.com  
INPE : 093061422 Patente : 35652203 IF : 18744872 ICE : 001547834000059 CNSS : 5413323

Dr. CARIOU BELQADI Joëlle

ENDOCRINOLOGIE METABOLISME

Lauréate de La Faculté de PARIS

M LARAKI Fatma

Casablanca, le : 19/10/12

NFS - VS

TSHus -

cholesterol. LDL. TG

glycémie. et ferru

creatinine

LABORATOIRE TOUZANI RACINE  
50 Bd. Ain Taoujate - Casablanca  
Tél. 0522 47 49 49 - 0522 47 52 52

Dr. CARIOU - BELQADI Joëlle

ENDOCRINOLOGUE

119, Bd. Bir Anzarane

Maârif - CASABLANCA

119, شارع بئر انزران - إقامة رمزي، باب (ب) الطابق الثاني - المعاريف - 20100 الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 98 14 67 - 05 22 34 84 84 - 05 22 99 26 53

119, Bd. BIR ANZARANE - Résidence RAMZI - Porte B 2ème Etage - Maârif - 20100 CASABLANCA

Tél.: 05 22 34 84 84 - 05 22 98 14 67 - 05 22 99 26 53 - E-mail : carioujoelle@yahoo.fr