

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

M22- N° 0028171

152036

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4675 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SCALLY FZ

Date de naissance : 14.12.49

Adresse : 13 rue Kham Ebbel Tanous

Tél. : 0661424668 Total des frais engagés : 2132,90 + 300 + 9390 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 24/02/2023

Nom et prénom du malade : SCA Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection longue

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 : Casablanca Le : 03/03/23

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 |
| 24/02/23 | CS | Galil | 00,00 | |
| 03/03/23 | CS | Galil | 00,00 | |
| 03/03/23 | CA | H.01 F.C | 200,00 100,00 | |

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES | | | |
|---|---------|---------------------------------|---------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|  | 28/2/23 | B1580 | 2132.20 DH |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

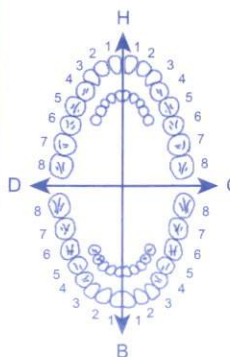
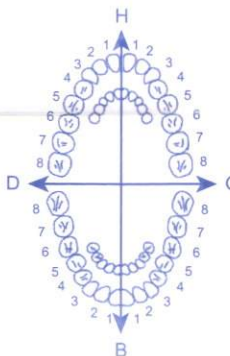
[illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

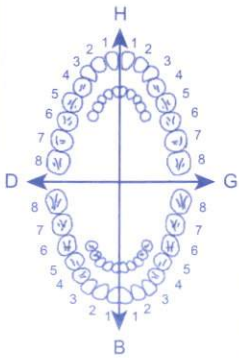
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan O.D.F.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---------------------|-------------|--|----------------------|----------------------|---|--|----------------------|----------------------|---|--|---|--|--|
|  | | | | CCOEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU CCOEFFICIENT MASTICATOIRE | | | CCOEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> | | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">H</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412 00000000</td> <td style="padding: 5px;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">D</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000 35533411</td> <td style="padding: 5px;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">B</td> </tr> </table> | | | H | | 25533412 00000000 | 21433552 00000000 | D | | 00000000 35533411 | 00000000 11433553 | G | | B | | MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> |
| H | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25533412 00000000 | 21433552 00000000 | | | | | | | | | | | | | | |
| D | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 35533411 | 00000000 11433553 | | | | | | | | | | | | | | |
| G | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | | | | | |
| (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Important :
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | | Nature des Soins | Coefficient | |
|---|-------------------|--|---------------------|-------------|----------------------------|
|  | | | | | CCEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | FIN D'EXECUTION |
| | | | | | |
| | | | | | |

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | | | |
|---|----------|---|----------|
| | | H | |
| | 25533412 | | 21433552 |
| | 00000000 | | 00000000 |
| D | | | G |
| | 00000000 | | 00000000 |
| | 35533411 | | 11433553 |
| | | B | |

MONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Reda MIKOU
Ophtalmologiste
Chirurgie Vitéo-Rétinienne

CLINIQUE STENDHAL

Ancien interne des hôpitaux de France
Ancien assistant Spécialiste à l'Hôtel-Dieu de Paris
Titulaire de l'European Board of Ophthalmology
Diplôme de Chirurgie Vitéo-Rétinienne - Dijon

Diplôme d'Imagerie et de pathologie Rétinienne - Lariboisière Paris VII

الدكتور رضى ميكو
طب العيون
اختصاصي في جراحة الشبكية



PT160100005

Mme SCALLY Fatima Ezzouhra

NFS

TP - TCK

Urée - Créatinémie

Glycémie à jeun

Dr. Reda MIKOU
Chirurgien Ophtalmologiste
18, Avenue Stendhal - Casablanca
Tél : (+212) 05 22 47 15 94
E-mail : r.mikou@cliniquestendhal.com

28/02/2023

Dr. Reda MIKOU
Chirurgien Ophtalmologiste
18, Avenue Stendhal - Casablanca
Tél : (+212) 05 22 47 15 94
E-mail : r.mikou@cliniquestendhal.com

Dr. Reda MIKOU
Chirurgien Ophtalmologiste
18, Avenue Stendhal - Casablanca
Tél : (+212) 05 22 47 15 94
E-mail : r.mikou@cliniquestendhal.com

Dr. Reda MIKOU
Chirurgien Ophtalmologiste
18, Avenue Stendhal - Casablanca
Tél : (+212) 05 22 47 15 94
E-mail : r.mikou@cliniquestendhal.com



PT160100005

Fabricant :
RMILA
FARMACEUTICI S.p.A.

MYDRIATICUM 0,5%
Collyre - Flacon 10 ml - PPV : 25,90 DH



Distribué par les Laboratoires SOTHEMA
B.P. N°1 Bouskoura - 27182 - MAROC

Ne pas utiliser
Pour le traitement de la cataracte,
demandez l'avis d'un médecin

03 mars 2023

Mme SCALLY Fatima Ezzouhra

16,60

BETADINE SCRUB 125ML UE

(S.V)

(S.P)

Douche avec la bétadine la veille de l'intervention

25,90

MYDRIATICUM COLLYRE CL

(S.V)

1 goutte x3 toutes les 10 mn avant l'arrivée à la clinique

51,40

SPECTRUM 250 MG COMPRIME PELLICULE SECABLE

(S.V)

1 cp la veille et 1 comprimé le matin de la chirurgie

93,90

Dr Abdel KARTHI
Médecin
Anesthésie-Réanimation
CLINIQUE STENDHAL
INPE : 101243061

PHARMACIE JARDIN 16:30
Dr. Samir EL MOKILAMI
13, 86, Rue de Rome Résidence NOR
Casablanca - Tél: 06 22 77 75 45

Dr Mohamed Amine LAABI



الدكتور محمد أمين لعبي

CARDIOLOGUE

Cardiologie Générale et Interventionnelle

إختصاصي في أمراض القلب و الشرابيين
و علاج القلب التداخلي

03/02/2023

SCALLY FATIMA EZZOUHRA

A Ten

- 1- glycémie HBA1c
- 2- NFS Pq
- 3- urée créatinine
- 4- ionogramme sanguin
- 5- TSHus
- 6- VS
- 7- Profil d'hypercholestérolémie
- 8- Acide urique
- 9- vit D calcémie
- 10- Cholesterol total
glycérides
- 11- ASAT ALAT



Dr. M. A. LAABI
CARDIOLOGUE INTERVENTIONNEL
Rés. RIBH "D" Angle Bd Bir Anzarane
Rue Caid Achtar, Quartier Maârif
Casablanca - Tél : 05 22 99 20 88

**Dr.Moundir SOUHAMI**

Spécialiste en Biologie et Analyses Médicales

د مندر سهامي

اختصاصي في البيولوجيا و التحاليل الطبية

Facture

Casablanca , le 28/02/2023

N° facture 2023-0792**Date 28/02/2023****Mme SCALLY Fatima Ezzouhra**

| Code Acte | Designation Acte | Cotation | Montant |
|-----------|--|----------|---------|
| NFS | NUMERATION GLOBULAIRE | 80 | 107,20 |
| VS | VITESSE DE SEDIMENTATION | 30 | 40,20 |
| TP | Taux de Prothrombine | 40 | 53,60 |
| TCA | Temps de Céphaline Activée | 40 | 53,60 |
| FIBRI | Fibrinogène | 40 | 53,60 |
| UREE | Urée | 30 | 40,20 |
| CREA | Créatinine | 30 | 40,20 |
| GLY | Glycémie à jeun | 30 | 40,20 |
| AUR | Acide urique | 30 | 40,20 |
| HBA1C | Hémoglobine glycosylée | 100 | 134,00 |
| CA | Calcium | 30 | 40,20 |
| TRIGL | Triglycérides | 60 | 80,40 |
| CHOL | Cholestérol total | 30 | 40,20 |
| HDL | HDL-Cholestérol | 50 | 67,00 |
| LDL | LDL-Cholestérol | 50 | 67,00 |
| IONO | IONOGRAMME SANGUIN | 160 | 214,40 |
| TR | TRANSAMINASES | 100 | 134,00 |
| TSH | TSH us | 250 | 335,00 |
| VITD3 | VITAMINE D (25 Hydroxycholécalférol) - D2 + D3 | 400 | 536,00 |

| | |
|--------------------------|----------|
| Montant Prélèvement | 15,00 |
| Total des cotations B | 1580 |
| Total à payer en dirhams | 2 132,20 |

Arrêtée la présente facture à la somme de : Deux mille cent trente-deux dirhams 20 centimes*****Prélèvement à domicile sur rendez vous****N° 15 , Rue Sebta, Quartier des hôpitaux - Maârif - Casablanca - Tél.: 05 22 20 37 10 - Fax : 05 22 48 07 32
Email : laboratoire.universitaire@gmail.com****RC : 384175 - IF : 24843059 - CNSS : 5669843 - Patente : 36342321 - ICE : 00197241200010**



Dr.Moundir SOUHAMI

Spécialiste en Biologie et Analyses Médicales

د مندر سهامي

اختصاصي في البيولوجيا و التحاليل الطبية



le 28/02/2023

Dossier N° : 280223-008



Nom : Mme SCALLY Fatima Ezzouhra

Demandé par Dr : LAABI MOHAMED AMINE

Pvt du: 28/02/2023 8:31

Page : 1/4

HEMATOLOGIE

Valeurs Usuelles

Antériorité

NUMERATION GLOBULAIRE

| | | | | |
|--------------|---|---------|-------------------|---------------------|
| Erythrocytes | : | 4,92 | M/mm ³ | (4 - 5,3) |
| Hémoglobine | : | 15,30 | g/dl | (11,5 - 15,5) |
| Hématocrite | : | 46,40 | % | (37 - 46) |
| VGM | : | 94,31 | fL | (80 - 95) |
| TCMH | : | 31,10 | pg | (27 - 33) |
| CCMH | : | 32,97 | g/dl | (30 - 35) |
| Leucocytes | : | 6 070 | /mm ³ | (4000 - 10000) |
| Plaquettes | : | 239 000 | /mm ³ | (150000 - 400000) |

FORMULE LEUCOCYTAIRE

| | | | | |
|-----------------------------|---|---------|-------------------------------|---------------------|
| Polynucléaires Neutrophiles | : | 55,50 % | Soit 3368,85 /mm ³ | (2000 - 7500) |
| Polynucléaires Eosinophiles | : | 1,40 % | Soit 84,98 /mm ³ | (Inférieur à 400) |
| Polynucléaires Basophiles | : | 0,30 % | Soit 18,21 /mm ³ | (Inférieur à 150) |
| Lymphocytes | : | 36,60 % | Soit 2221,62 /mm ³ | (1500 - 4000) |
| Monocytes | : | 6,20 % | Soit 376,34 /mm ³ | (40 - 800) |
| Au total | : | 100 % | Soit 6070,00 | |



Prélèvement à domicile sur rendez vous

N° 15 , Rue Sebta, Quartier des hôpitaux - Maârif - Casablanca - Tél.: 05 22 20 37 10 - Fax : 05 22 48 07 32
Email : laboratoire.universitaire@gmail.com

RC : 384175 - IF : 24843059 - CNSS : 5669843 - Patente : 36342321 - ICE : 00197241200010



Dr.Moundir SOUHAMI

Spécialiste en Biologie et Analyses Médicales

د مندر سهامي

اختصاصي في البيولوجيا و التحاليل الطبية

Mme SCALLY Fatima Ezzouhra

Dossier N° : 280223-008

Page : 2/4

HEMATOLOGIE

Valeurs Usuelles

Antériorité

VITESSE DE SEDIMENTATION

| | | | |
|----------------|---|-------|--------------------|
| Première heure | : | 4 mm | (Inférieur à 10) |
| Deuxième heure | : | 15 mm | (Inférieur à 20) |

HEMOSTASE

Valeurs Usuelles

Antériorité

Taux de Prothrombine

| | | | |
|-----|---|---------|--------------|
| TP | : | 91,90 % | (70 - 100) |
| INR | : | 1,12 | |

Zone thérapeutique : 1.5 à 4.5

Pour un suivi thérapeutique , il est conseillé de respecter les mêmes conditions de posologie la veille du prélèvement .

Temps de Céphaline Activée

| | | | |
|-------------------------|---|-----------|---------------------|
| Témoin | : | 30 sec | |
| Malade | : | 25,80 sec | |
| Rapport Malade / Témoin | : | 0,86 | (Inférieur à 1,2) |
| Fibrinogène | : | 1,55 g/l | (1,5 - 4) |



Prélèvement à domicile sur rendez vous

N° 15 , Rue Sebta, Quartier des hôpitaux - Maârif - Casablanca - Tél.: 05 22 20 37 10 - Fax : 05 22 48 07 32
Email : laboratoire.universitaire@gmail.com

RC : 384175 - IF : 24843059 - CNSS : 5669843 - Patente : 36342321 - ICE : 00197241200010

**Dr.Moundir SOUHAMI**

Spécialiste en Biologie et Analyses Médicales

د مندر سهامي

اختصاصي في البيولوجيا و التحاليل الطبية

Mme SCALLY Fatima Ezzouhra**Dossier N° : 280223-008****Page : 3/4****BIOCHIMIE**

| | | | Valeurs Usuelles | Antériorité |
|------------------------|---|------------|-----------------------------------|--------------------|
| Urée | : | 0,35 g/l | (0,15 - 0,45) | |
| Créatinine | : | 7,70 mg/l | (6 - 12) | |
| Glycémie à jeun | : | 1,01 g/l | (0,7 - 1,15) | |
| Acide urique | : | 40,97 mg/l | (26 - 60) | |
| Hémoglobine glycosylée | : | 5,07 % | Sujet non diabétique : 4.0-6.0 | |
| Calcium | : | 94,40 mg/l | (90 - 110) | |
| Triglycérides | | | | |
| Aspect du sérum | : | Clair | | |
| Résultat | : | 1,24 g/l | (0,5 - 1,9) | |
| Cholestérol total | : | 2,23 g/l | (1,55 - 2) | |
| HDL-Cholestérol | : | 0,55 g/l | (Supérieur à 0,4) | |
| LDL-Cholestérol | : | 1,43 g/l | (Inférieur à 1,6) | |

IONOGRAMME SANGUIN

| | | | |
|-------------------|---|--------------|---------------|
| Sodium | : | 143,70 mEq/l | (135 - 145) |
| Potassium | : | 4,07 mEq/l | (3,5 - 5,4) |
| Chlore | : | 111,20 mEq/l | (98 - 108) |
| Résèrve Alcaline | : | 30 mEq/l | (25 - 30) |
| Calcium | : | 94,37 mg/l | (90 - 110) |
| Proteines totales | : | 76,44 g/l | (65 - 80) |

Prélèvement à domicile sur rendez vous**N° 15 , Rue Sebta, Quartier des hôpitaux - Maârif - Casablanca - Tél.: 05 22 20 37 10 - Fax : 05 22 48 07 32**
Email : laboratoire.universitaire@gmail.com**RC : 384175 - IF : 24843059 - CNSS : 5669843 - Patente : 36342321 - ICE : 00197241200010**



Dr.Moundir SOUHAMI

Spécialiste en Biologie et Analyses Médicales

د مندر سهامي

اختصاصي في البيولوجيا و التحاليل الطبية

Mme SCALLY Fatima Ezzouhra

Dossier N° : 280223-008

Page : 4/4

BIOCHIMIE

Valeurs Usuelles

Antériorité

TRANSAMINASES

| | | | |
|-------------------------------------|---|------------|--------------------|
| SGOT (Aspartate Aminotransférase) | : | 27,11 UI/l | (Inférieur à 40) |
| SGPT (Alanine Aminotransférase) | : | 30,51 UI/l | (Inférieur à 45) |

ENDOCRINOLOGIE

Valeurs Usuelles

Antériorité

| | | | |
|--------|---|-------------|--------------|
| TSH us | : | 1,00 µUI/ml | (0,25 - 5) |
|--------|---|-------------|--------------|

VITAMINES

Valeurs Usuelles

Antériorité

| | | |
|--|-------------|------------------------------|
| VITAMINE D (25 Hydroxycholécalférol) - D2 + D3 | 69,33 ng/ml | Insuffisance : 10 à 29 ng/ml |
| (Technique : EIA) | | |

Nous vous remercions de votre confiance



Prélèvement à domicile sur rendez vous

N° 15 , Rue Sebta, Quartier des hôpitaux - Maârif - Casablanca - Tél.: 05 22 20 37 10 - Fax : 05 22 48 07 32
Email : laboratoire.universitaire@gmail.com

RC : 384175 - IF : 24843059 - CNSS : 5669843 - Patente : 36342321 - ICE : 00197241200010