

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0030237

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0000830 Société : 155635
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : Marzouki Jemaa
 Date de naissance : 21/11/1972
 Adresse : Hay Abboudi Bpika Rue Nehmen N°166
 Temara
 Tél. : 0604368270 Total des frais engagés : 1660,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Pr. Hind NAFIAA
 Professeur Assistant
 en Psychiatrie
 Hôpital Arrazi, CHU - Salé
 INPE : 101245371

Date de consultation : 30/01/2023

Nom et prénom du malade : Marzouki Jemaa Age :

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

Nature de la maladie :

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 fournis sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Temara Le : 10/03/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 30/01/23 | C2 | | 159,1 | Pr. Hind Nassif Professeur Associé EN Psychiatrie Hôpital CHU - Sade INPE : 101245371 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| PHARMACIE ABI HOURAIRA الشارع القديم - 15 الهاتف : 05 37 64 14 58 INPE : 102 062 601 | 30/01/23 | 160,00 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|--|----------|------------------------------|------------------------|
| Centre de Diagnostic et d'Analyse Av. Dr. Abdelkrim El Khatib Al Wiyak - Zémarā INPE : 103061172 Laboratoire d'Analyses Médicales et Spécialisées Tél : 0537.40.30.30 Fax : 0537.40.30.36 SE | 03/02/23 | B.1320 | 140,00 |

AUXILIAIRES MEDICAUX

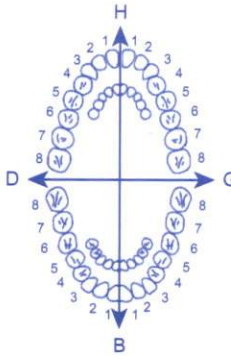
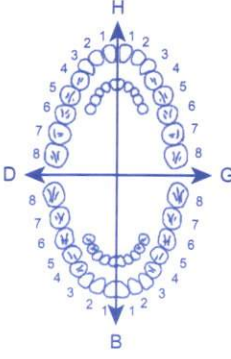
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | |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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez 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 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 | | Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | H | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | G | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | (Création, remont, adjonction) 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



Date : 30/01/2023

Nom : Marzouki

Prénom : Jemaa

IPP :

ORDONNANCE

71,00

1 - No dep 50 mg Cp

LOT: 385
PER: AVR 2024
APV: 71 DH 00

صيدلية أبي حريشة
PHARMACIE AB HOURAIRA
الدكتور محمد زجلي
15، شارع القاهرة - تمارة
الهاتف : 05 37 64 14 58
INPE : 102 062 601

2 - Dopezil 5 mg Cp

89,00 1

3 - Additivus Magnesium

PPC : 89DH00

1 sachet le soir

5 169,00

Pr. Hind NAFIAA
Professeur Assistant
en Psychiatrie
Hôpital Ar-Razi, CHU, Salé
INPE : 101245371

N.B Cette ordonnance n'est valable que si elle porte le nom et la signature du médecin

Traitement de 02 semaines RDV le 05 Gerontopsy



Date : 30/01/2023

Nom : Marzouki

Prénom : Jemaa

IPP :

ORDONNANCE

Faire NR de bilan avant :

1 - NFS

2 - Bilan hépatique

3 - Bilan thyroïdien complet
(le TSH, T4, T3)

4 - ionogramme sérum, urée, créatinine



Mme MARZOUKI Jemaa

01-01-1952 F
Ordonnance



2302030064

ORDO

Pr. Hind NAFIAA
Professeur Assistant
en Psychiatrie
Hôpital Ar-Razi, CHU - Sale
INPE : 10/245371

N.B Cette ordonnance n'est valable que si elle porte le nom et la signature du médecin
Traitement de.....RDV le.....

Dr Imad EL YAAGoubi

Directeur du centre
Pharmacien Biologiste
INPE - Professionnel: 107163479



Laboratoire Certifié ISO 9001

د. عماد اليعكوبي

مدير المركز، صيدلاني إحيائي
الرقم الوطني الاستدلالي المهني: 107163479

Dossier enregistré le : 03-02-2023
Prélèvement du 03-02-2023 à 11:23
Code patient : 1901310055
Edition du : 03-02-2023

Mme Jemaa MARZOUKI

Né(e) le : 01-01-1952 (71 ans)

Prescripteur :

Dossier N° : 2302030064



HEMATOLOGIE

International Quality Control (E-CHECK XE® -Kobe Japan)

HEMOGRAMME

Technique de Référence : Cytométrie de flux SYSMEX (XS500I/XN550)

Numération Globulaire

| | | | | |
|----------------------------|-------|------------|---------------|-------|
| Hématies (Globules rouges) | 3.99 | M/ μ L | (3.60-5.60) | 4.16 |
| Hémoglobine | 12.40 | g/dL | (10.40-16.80) | 13.00 |
| Hématocrite | 36.40 | % | (32.10-47.80) | 37.80 |
| VGM | 91 | fL | (80-100) | 91 |
| TCMH | 31.1 | pg | (24.4-34.4) | 31.3 |
| CCMH | 34 | g/dL | (30-36) | 34 |

Formule leucocytaire :

| | | | | |
|------------------------------|--------|-----------------------------|----------------|-------|
| Leucocytes (Globules blancs) | 3 600 | /mm ³ | (3 800-11 000) | 4 100 |
| Neutrophiles | 71.1 % | soit 2 560 /mm ³ | (1 200-8 600) | 2 862 |
| Eosinophiles | 0.8 % | soit 29 /mm ³ | (10-1 090) | 49 |
| Basophiles | 0.6 % | soit 22 /mm ³ | (0-100) | 29 |
| Monocytes | 6.9 % | soit 248 /mm ³ | (200-1 100) | 258 |
| Lymphocytes | 20.6 % | soit 742 /mm ³ | (800-4 000) | 902 |

Numération plaquettaire

| | | | | |
|---------------------------|---------|------------------|-------------------|---------|
| Plaquettes | 201 000 | /mm ³ | (150 000-400 000) | 183 000 |
| Volume Plaquettaire Moyen | 9.8 | fl | (8.9-14.0) | 9.7 |



BIOCHIMIE SANGUINE

Contrôle de Qualité Quotidien (PreciControl® - Mannheim Germany)

| | | |
|--|-------------|----------------|
| Sodium (Cobas Roche -Sérum/Plasma) | 140 mmol/L | (136-145) |
| Potassium [AC] (Cobas Roche -Sérum) | 4.2 mmol/L | (3.5-5.1) |
| Chlore (Cobas Roche -Sérum/Plasma) | 106 mmol/L | (98-107) |
| Protéines totales (Technique de référence : Méthode de Biuret / cobas Roche) | 71.10 g/L | (60.00-83.00) |
| Calcium (Complexométrie / cobas Roche) | 90.70 mg/L | (88.00-105.00) |
| Calcium corrigé (Le calcul de la calcémie corrigée a été fait selon la formule utilisant la valeur des protéines totales) | 2.26 mmol/L | (2.19-2.61) |
| Réserve alcaline (Méthode enzymatique / cobas Roche) | 2.27 mmol/L | (2.24-2.61) |
| Bilirubine Totale (Colorimétrique méthode diazo/ cobas Roche) | 23.9 mmol/L | (22.0-30.0) |
| Bilirubine conjuguée (directe) (Méthode Diazo Gen.2 Jendrassik-Grof /cobas Roche) | 5.1 mg/L | (<12.0) |
| Bilirubine libre (indirecte) | 9 µmol/L | (<20) |
| Phosphatases alcalines (Test colorimétrique selon une méthode standardisée / cobas Roche) | 2.1 mg/L | (0.0-3.0) |
| Transaminase GOT (ASAT) (Méthode enzymatique (conforme IFCC à 37°)- Sérum/Plasma) | 3.6 µmol/L | (0.0-5.1) |
| Transaminase GPT (ALAT) (Méthode enzymatique (conforme IFCC à 37°)- Sérum/Plasma) | 3.0 mg/L | (0.0-7.0) |
| Gamma GT (Méthode enzymatique (conforme IFCC à 37°)) | 5.1 µmol/L | (0.0-11.9) |
| | 76 UI/L | (35-104) |
| | 19 UI/L | (<35) |
| | 15 UI/L | (<35) |
| | 31 UI/L | (<40) |
| Urée (Colorimétrique enzymatique à 37°C -Sérum/Plasma) | 0.20 g/l | (0.17-0.49) |
| | 3.33 mmol/L | (2.83-8.16) |

31-01-2019

0.24



Dr Imad EL YAAGOUBI

Directeur du centre
Pharmacien Biologiste
INPE - Professionnel: 107163479



Laboratoire Certifié ISO 9001

2302030064 – Mme Jemaa MARZOUKI

د. عماد اليعكوبي

مدير المركز، صيدلاني إحيائي
الرقم الوطني الاستدلالي المهني: 107163479

Créatinine

(Méthode de Jaffé / cobas Roche – Sérum/Plasma)

6.06 mg/L

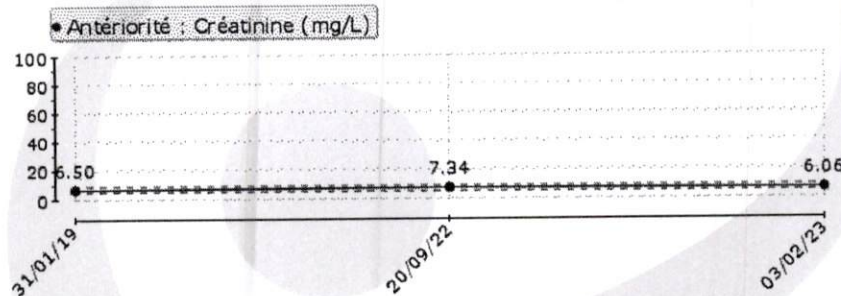
53.6 µmol/L

(5.00–9.00)

(44.2–79.6)

7.34

20-09-2022



Estimation du débit de filtration rénale de **Mme Jemaa MARZOUKI** selon plusieurs méthodes

| | |
|-----------------------|--------------------|
| Selon MDRD simplifiée | 103.71 ml/min/1.73 |
| Selon CKD-EPI | 91.40 ml/min/1.73 |

INTERPRETATION :

| Stade | Valeur de DFG (ml/min/1.73 m ²) | Interprétation |
|-------|---|----------------------------------|
| 0 | > ou = 90 sans marqueur d'atteinte rénale | Pas d'atteinte rénale |
| 1 | > ou = 90 avec marqueur d'atteinte rénale | MRC* avec DFG normal ou augmenté |
| 2 | 60 à 89 | MRC* avec DFG légèrement diminué |
| 3A | 45 à 59 | IRC modérée |
| 3B | 30 à 44 | IRC modérée |
| 4 | 15 à 29 | IRC sévère |
| 5 | < 15 ou dialyse | IRC terminale |

*MRC: Maladie rénale chronique avec marqueurs d'atteinte rénale : protéinurie clinique, hématurie, Leucocyturie, ou anomalies morphologiques ou histologiques, ou marqueurs de dysfonction tubulaire, persistant plus de trois mois.

*IRC : Insuffisance rénale chronique *DFG : débit de filtration glomérulaire

HORMONOLOGIE

Contrôle de Qualité (PreciControl® – Mannheim Germany)

Thyréostimuline US (TSHus)

(Technique : ECLIA SUR COBAS E411 – Sérum/Plasma)

1.10 µUI/mL

(0.27–4.20)

Thyroxine libre (T4 libre)

(ECLIA / COBAS E411 ROCHE)

1.20 ng/dL

(0.93–1.60)

15 pmol/l

(12–21)

Triiodothyronine libre (T3L)

(ECLIA/COBAS E411 ROCHE)

5.82 pmol/L

(3.10–6.80)

3.79 pg/mL

(2.02–4.43)

CENTRE DE BIOLOGIE AL WIFAK

Laboratoire d'Analyses Médicales et Spécialisées

Tél : 0537 40 30 30 – Fax : 0537 40 30 36 – Courrier électronique : contact@cbw.ma

Site web : www.cbw.ma

INPE -Professionnel



107163479

INPE -Etablissement



103061172

FACTURE N° : 230200152

TEMARA le 03-02-2023

Mme Jemaa MARZOUKI

N° de dossier : 2302030064

Date de l'examen : 03-02-2023

| Récapitulatif des analyses | | | |
|----------------------------|--|-----|-------------|
| CN | Analyse | Clé | Coefficient |
| 9105 | Forfait traitement échantillon sanguin | E | 20 |
| 0147 | Transaminases P (TGP) | B | 50 |
| 0146 | Transaminases O (TGO) | B | 50 |
| 0103 | Bilirubine (Totale Directe et Indirecte) | B | 70 |
| 0111 | Créatinine | B | 30 |
| 0141 | Gamma glutamyl transférase (GGT) | B | 50 |
| 0216 | Numération formule | B | 80 |
| 0143 | Phosphatases alcalines | B | 50 |
| 0165 | T3L | B | 300 |
| 0161 | T4 libre | B | 200 |
| 0163 | TSH | B | 250 |
| 0135 | Urée | B | 30 |
| 0120 | Ionogramme complet(Na, K, Cl, Prot, RA, Ca) | B | 160 |

Total des B¹ : 1320

TOTAL DOSSIER : 1400.00MAD

Arrêtée la présente facture à la somme de : mille quatre cents dirhams

¹ le B est un coefficient clef imposé par l'assurance maladie et affecté pour chaque analyse remboursée.

INFORMATION IMPORTANTE AUX PATIENTS : Si vous êtes titulaire d'une mutuelle ou assurance maladie, merci de déposer votre dossier mutuelle dans un délai ne dépassant pas 2 mois de la date de l'exécution des analyses médicales. Le changement ultérieur de date sur la facture, la feuille de mutuelle et le compte rendu par notre laboratoire ne pourra pas être effecteur.

CACHET DU LABORATOIRE :



Complexe Médical Al Wifak (rdc), Lot 3214, Avenue Docteur Abdelkarim El Khateb

Quartier Al Wifak, Temara

CNSS : 4703022 – Patente : 279375 91 – IF : 35397934

ICE : 001798141000051

RIB : BMCI – 013 825 01243 00006400150 20