

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° P19- 060269

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2374 Société : _____
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : _____
 Nom & Prénom : FAROUK HAFIDA
 Date de naissance : 1-1-53
 Adresse : Résidence Yasmine Maarif extension
 Tél. : 0661216286 Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03/04/2023
 Nom et prénom du malade : FAROUK Hafida Age : _____
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection Rhumatologique
 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) : _____



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
03/04/23	Cs		300.100	Dr. CHAHID HAIMA 178, Bd. Yacoub El Manssour, 1er Etage Tél: 05 22 95 44 38 - Casablanca

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
	03/04/23	B: 390.000	547.600

AUXILIAIRES MEDICAUX

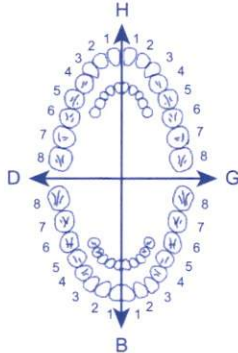
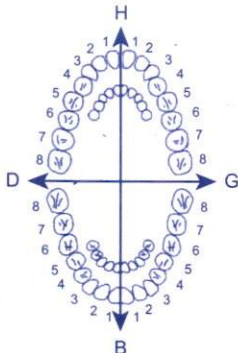
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canaux, 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>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>B</td> <td>B</td> </tr> </table> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	COEFFICIENT 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	H																	
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B	B																	
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Chahidi Naima



RHUMATOLOGUE

Spécialiste des maladies des os, articulation
et colonne vertébrale

Ancienne interne des Hopitaux de Paris

Pathologies rachidiennes (Paris)

Maladies rhumatismales (Lille)

Biothérapie

Ostéoporose

الدكتورة نعيمة شهيدي

أخصائية في أمراض العظام

و المفاصل و الروماتيزم

طبيبة داخلية سابقة مستشفى باريس

أمراض العمود الفقري (باريس)

أمراض الروماتيزم (باريس)

العلاج بالأدوية الستيرويدية

مشاشة العظام

Dr. CHAHIDI Naima
Rhumatologue

173, Bd. Yacoub El Mansour

Espace Andalousse, 1er Etage N°6

Tél: 05 22 95 14 38

Le 03/04/2023

Mme Hafida FAROUK

NFS

VS

CRP

ASAT / ALAT / GGT

ceat

Laboratoire Bir Anzarane
173, Bd. Bir Anzarane
CASABLANCA

Dr. CHAHIDI Naima
Rhumatologue

173, Bd. Yacoub El Mansour

Espace Andalousse, 1er Etage N°6

Tél: 05 22 95 14 38

173 شارع يعقوب المنصور، فضاء الأندلس، الطابق الأول، رقم 6، المعاريف، الدار البيضاء

173 Boulevard Yacoub EL Mansour Espace Andalousse, 1^{er} étage, N°6 Maarif, Casablanca

Tél : 05 22 95 14 38 / 06 66 71 75 15

E-mail : chahidirhumatologie@gmail.com



Prescripteur : Dr NAIMA CHAHIDI

Dossier ouvert le : 03-04-2023 13:33

Edité le : 03-04-2023

Réf : 2304031049

Compte Rendu d'Analyse

Laboratoire certifié AFNOR ISO 9001:2015 N°2 020/85901

Mme FAROUK Hafida

Page 1 / 2

HEMATOLOGIE

NUMERATION FORMULE SANGUINE Sysmex XT2000

NUMERATION

Leucocytes :	5 170 /mm ³	(4 000-10 000)	29-11-2022 5 390
Hématies :	3.83 M/mm ³	(3.80-5.40)	4.02
Hémoglobine :	12.2 g/100ml	(12.0-16.0)	12.9
Hématocrite :	36.0 %	(35.0-45.5)	37.6
VGM :	94.0 µ ³	(80.0-101.0)	93.5
TCMH :	31.9 pg	(27.0-33.0)	32.1
CCMH :	33.9 g/100ml	(29.0-36.0)	34.3

FORMULE

Polynucléaires Neutrophiles :	46.7 %	(40.0-75.0)	50.6
Soit:	2 414 /mm ³	(2 000-7 500)	2 727
Polynucléaires Eosinophiles :	1.2 %	(1.0-4.0)	2.0
Soit:	62 /mm ³	(100-400)	108
Polynucléaires Basophiles :	0.6 %	(0.0-1.0)	0.4
Soit:	31 /mm ³	(0-150)	22
Lymphocytes :	42.0 %	(20.0-45.0)	37.7
Soit:	2 171 /mm ³	(1 500-4 000)	2 032
Monocytes :	9.5 %	(2.0-12.0)	9.3
Soit:	491 /mm ³	(200-800)	501

PLAQUETTES

Plaquettes :	353 000 /mm ³	(150 000-400 000)	313 000
VMP:	9.3 fl		9.5

VS.1ère heure	39 mm	(<20)	29-11-2022 16
VS 2ième heure	66 mn		27

Biologistes Responsables :
- Dr. A. AZEDDOUG
- Dr. N. BAAJ

Laboratoire certifié AFNOR ISO 9001:2015 n°2020/85901

Dossier Valide

Dr A. Azeddoug

Médecin Généraliste



Mme FAROUK Hafida
Réf : 2304031049

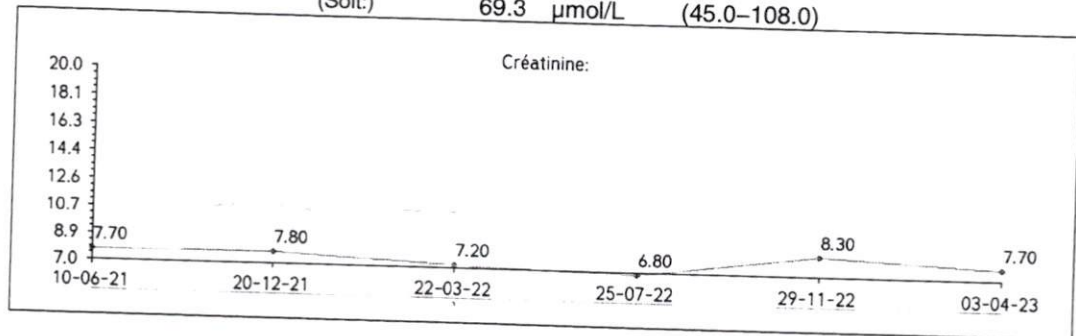
Page 2 / 2

BIOCHIMIE SANGUINE

Roche Cobas 6000

Créatinine: 7.7 mg/l (5.0-12.0)
(Soit:) 69.3 μ mol/L (45.0-108.0)

29-11-2022
8.3



ENZYMOLOGIE

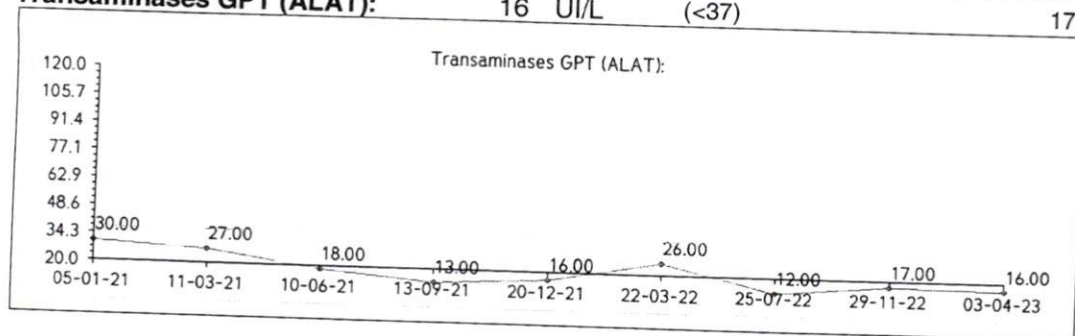
Roche Cobas 6000

Transaminases SGOT (ASAT): 15 UI/L (<37)

29-11-2022
19

Transaminases GPT (ALAT): 16 UI/L (<37)

29-11-2022
17



Gamma G.T: 25 UI/L (7-32)

29-11-2022
21

PROTEINES SPECIFIQUES

Protéine C-réactive: 1.9 mg/L (<5.0)

29-11-2022
2.1

Fin du compte rendu

Biologistes Responsables :
- Dr. A. AZEDDOUG
- Dr. N. BAAJ

Laboratoire certifié AFNOR ISO 9001:2015 n°2020/85901

Dr A. Azeddoug
Médecin Généraliste

Laboratoire d'Analyses de Biologie Médicale Bir Anzarane

117, Bd Bir Anzarane 20 100 Maarif Casablanca

Tél : 05 22 99 46 63/ 05 22 25 82 05 Fax : 05 22 98 09 11

ICE : 001748386000083

Patente : 35870583

IF : 01006693

CNSS : 7070999

Compte bancaire : BMCI Casa Normandie

RIB : 013 780 01802 000329 001 80 48

INPE : 093001196

Casablanca le : 03-04-2023

Mme Hafida FAROUK

FACTURE N°	2304031049
------------	------------

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
PS	Prélèvement sang	E25	E
0216	Numération Formule (Globules rouges/Blancs/plaquettes)	B80	B
0370	C R P (Protéine C réactive)	B100	B
0111	Créatinine	B30	B
0141	Gamma glutamyl transférase (GGT)	B50	B
0146	Transaminases O (TGO)	B50	B
0147	Transaminases P (TGP)	B50	B
0223	VS	B30	B

Total de B : 390

TOTAL DOSSIER	547.60 DH
---------------	-----------

Arrêtée la présente facture à la somme de : cinq cent quarante-sept dirhams soixante centimes

Laboratoire D'Analyses de Biologie Médicale
117, Bd. Bir Anzarane
CASABLANCA