

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- 0022175

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1143 Société : RAM. 163445
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : BALMANE Mohamed
Date de naissance : 01-01-1941
Adresse : Cité Djemâa Jamila 7 Rue 19 n° 15 Casablanca
Tél : 066 1789212 Total des frais engagés : 1880,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 09/05/2023
Nom et prénom du malade : EL HARTDOU HABIBA Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : DI Abdominale
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 : 31/05/2023
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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

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
09/05/23			490 DH	
18/05/2023				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DOUINA INPE : 092021765	09/05/23	637,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature Laboratoire et de Radiologie	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE D'ANALYSES RADIOLOGIQUES EL FIRDAOUS C.D. Jamilia 7 Rue 14 N° 90 C.D. CASABLANCA TEL: 05 22 57 64 71 - Fax: 05 22 57 64 72	23/05/23	610	842,40

AUXILIAIRES MEDICAUX

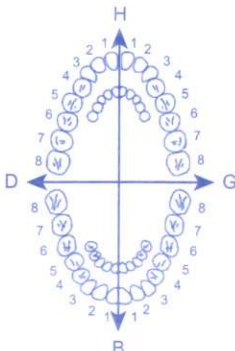
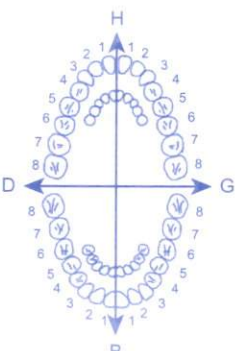
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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																						
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT 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				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	[Création, remont, adjonction]			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Dr. Fatima Azzahra IBN GHAZALA

**Spécialiste en hépato -Gastro-
Entérologie & Proctologie**

- Hépatite virale, Estomac, Vésicule biliaire
Intestins et colon irritable
- Proctologie médicale et Chirurgicale
- Diplôme d'échographie
- Fibroscopie digestive et coloscopie
- Ancien Médecin au CHU Ibn Rochd

Casablanca, le : 09/05/2023

Handwritten notes in Arabic:

1) Bebelix + (57,70 x 3)

2) metospasmyl (40,40 x 5) 15 x 3 / 1 mois

3) Dir Hy lum 149,00 x 3 / 1 mois

4) Rancyphe 20 mg 113,70 x 3 / 1 mois

Handwritten text: "zip au pil 18 sept 2023"

0522 28 61 57

docteuribnggazala@

رس و شارع موديبوتيك - إقامة السنة رقم 13 الدار البيضاء (أمام مسجد السنة)
548, angle Bd. 2 Mars et Bd. Modibekeita, Res. Assounna Appt. 13 (dev

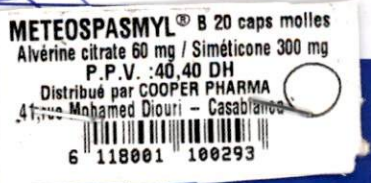
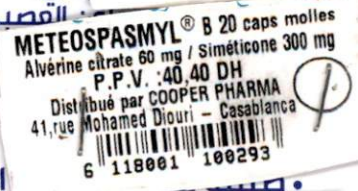


أمراض الجهاز
وأمراض المخزج

السي، المعدة، المرارة

الابواسير

الإستشفائي ابن رشد



Dr. Fatima Azzahra IBN GHAZALA



**Spécialiste en hépato -Gastro-
Entérologie & Proctologie**

- Hépatite virale, Estomac, Vésicule biliaire
Intestins et colon irritable
- Proctologie médicale et Chirurgicale
- Diplôme d'échographie
- Fibroscopie digestive et coloscopie
- Ancien Médecin au CHU Ibn Rochd

د. فاطمة الزهراء ابن غزالة

اختصاصية في أمراض الجهاز
الهضمي، الكبد و أمراض المخرج

- إلتهاب الكبد الفيروسي، المعدة، المرارة
و الأمعاء و القولون القصي
- أمراض المخرج و جراحة البواسير
- دبلوم الفحص بالصدى
- المنظار الداخلي
- طبيبة سابقة بالمركز الإستشفائي ابن رشد

Casablanca, le : 18/02/2023

M. El Hamed H. H. H.

Laboratoire d'Analyses Médicales
EL FIRDAOUS
Jamila 7 Rue 14 N° 90 C.D.
CASABLANCA
Tél: 05 22 28 61 57 Fax: 05 22 28 61 57

NFS + Bio

coelios

Acids 18005 1-6 a 7 ph de 1 BT

lipas

V.S. 1482.

0522 28 61 57 docteuribnghazala@gmail.com

548 ملتقى شارع 2 مارس و شارع موديبوتيك - إقامة السنة رقم 13 الدار البيضاء (أمام مسجد السنة)

548, angle Bd. 2 Mars et Bd. Modibokeita, Res. Assounna Appt. 13 (devant mosquée Assounna)

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES EL FIRDAOUS

BIOCHIMIE - BACTERIOLOGIE - VIROLOGIE - HEMATOLOGIE - IMMUNOLOGIE

Jamila 7, Rue 14, N°90 Cité Djemaâ 20450 -Casablanca (04).

Tél : 0522 57 64 21 – Fax : 0522 55 33 42

Dr Souad EL HAIMER

Médecin Spécialiste en Biologie Médicale

Lauréat de l'Université Hassan II -Faculté de Médecine de Casablanca

Domiciliation Bancaire : Banque populaire -Agence Oued Eddahab

Compte N° : 178 780 21 211 36 24 330 000.346

Identifiant commun de l'entreprise : 001660300000062

Patente : 57432824

INP : 093 000909

CNSS : 6418976

FACTURE N° : 230500359

CASABLANCA le 23-05-2023

Mme BALMANE Habiba

Récapitulatif des analyses			
CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Prélèvement sanguin	E25	E
0103	Bilirubine (Totale Directe et Indirecte)	B70	B
0111	Créatinine	B30	B
0141	Gamma glutamyl transférase (GGT)	B50	B
0143	Phosphatases alcalines	B50	B
0146	Transaminases O (TGO)	B50	B
0147	Transaminases P (TGP)	B50	B
0148	Lipase	B100	B
0216	Numération formule	B80	B
0223	VS	B30	B
0370	CRP	B100	B

Total des B : 610

TOTAL DOSSIER : 842.40 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : huit cent quarante-deux dirhams quarante centimes.

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
EL FIRDAOUS
Jamila 7, Rue 14, N° 90 C.D.
CASABLANCA

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES EL FIRDAOUS

BIOCHIMIE - BACTERIOLOGIE - VIROLOGIE - HEMATOLOGIE - IMMUNOLOGIE

Jamila 7, Rue 14, N°90 Cité Djemaâ 20450 -Casablanca (04).

Tél : 0522 57 64 21 – Fax : 0522 55 33 42

Dr Souad EL HAIMER

Médecin Spécialiste en Biologie Médicale

Lauréat de l'Université Hassan II -Faculté de Médecine'de Casablanca

Date du prélèvement : 23-05-2023 à 11:12

Code patient : 1907260044

Né(e) le : 01-01-1947 (76 ans)

Mme BALMANE Habiba

Dossier N° : 2305230063

Prescripteur : Dr IBN GHAZALA FATIMA
AZZAHRA



HEMATOLOGIE

HEMOGRAMME

(Sysmex XT-1800i)

05-01-2023

Hématies	4.34 /mL	(4.00-5.00)	4.40
<u>Lignée érythrocytaire</u>			
Hémoglobine	12.1 g/dL	(12.0-16.0)	12.5
Hématocrite	38.6 μ^3	(36.0-48.0)	39.7
VGM	88.9 %	(80.0-96.0)	90.2
TCMH	28 pg	(27-32)	28
CCMH	31 %	(30-35)	31

Formule leucocytaire

Leucocytes	4 910 /mm ³	(4 000-10 000)	6 180
Neutrophiles	48 % soit 2 357 /mm ³	(2 000-7 500)	3028
Eosinophiles	3 % soit 147 /mm ³	(100-400)	124
Basophiles	0 % soit 0 /mm ³	(0-100)	0
Lymphocytes	40 % soit 1 964 /mm ³	(1 500-4 000)	2472
Monocytes	9 % soit 442 /mm ³	(200-800)	556

Numération plaquettaire

Plaquettes	227 000 /mm ³	(150 000-450 000)	219 000
------------	--------------------------	-------------------	---------

Validé par : Dr. Souad EL HAIMER

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
EL FIRDAOUS
Jamila 7, Rue 14 N°90 C.D.
CASABLANCA
Tél : 0522 57 64 21 - Fax : 0522 55 33 42

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES EL FIRDAOUS

BIOCHIMIE - BACTERIOLOGIE - VIROLOGIE - HEMATOLOGIE - IMMUNOLOGIE

Jamila 7, Rue 14, N°90 Cité Djemaâ 20450 -Casablanca (04).

Tél : 0522 57 64 21 – Fax : 0522 55 33 42

Dr Souad EL HAIMER

Médecin Spécialiste en Biologie Médicale

Lauréat de l'Université Hassan II -Faculté de Médecine de Casablanca

2305230063 – Mme BALMANE Habiba

VITESSE DE SEDIMENTATION

VS 1ère heure
VS 2ème heure

65

mm/h

(0-10)

23-04-2020

55

90

mm/h

(0-20)

94

BIOCHIMIE SANGUINE

Créatinine

13.50

mg/L

(6.00-13.00)

30-03-2023

12.70

119.3

μmol/L

(53.0-114.9)

Phosphatases alcalines (RC)

280

UI/L

(98-279)

27-09-2022

24

Transaminases GOT (ASAT)

25

UI/L

(0-45)

27-09-2022

40

Transaminases TGP (ALAT)

17

UI/L

(0-49)

27-09-2022

29

Gamma GT

39

UI/L

(7-32)

Lipase

21.00

UI/L

(13.00-60.00)

Bilirubine Totale

3.9

mg/L

(3.0-12.0)

34

μmol/L

(27-106)

Bilirubine conjuguée (direct)

2.0

mg/L

(0.0-2.0)

3.4

μmol/L

(0.0-3.4)

Bilirubine libre (indirecte)

1.9

mg/L

(0.0-10.0)

3.2

μmol/L

(0.0-17.0)

24-03-2022

2.0

Protéine C-réactive (CRP)

3.2

mg/L

(<6.0)

(RC) : Résultat contrôlé

Validé par : Dr. Souad EL HAIMER

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
EL FIRDAOUS
Jamila 7, Rue 14, N°90 Cité Djemaâ 20450 -Casablanca (04).
Tél : 0522 57 64 21 – Fax : 0522 55 33 42