

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.

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 caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - v



Déclaration de Maladie
N° P19- 0033201

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5059 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : Bellay Abdelrahim
 Date de naissance : 29/12/56
 Adresse : APT Lanyang.
 Tél. : 0671802577 Total des frais engagés : 180,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



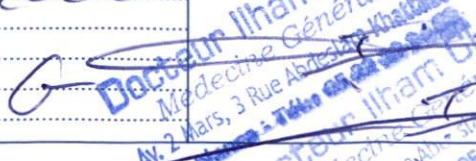
Date de consultation : 26/10/2023
 Nom et prénom du malade : BELLA Matheo Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Asthme chronique
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 20/11/2023
 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
26.10.2023	K	1	200.86	
10.11.2023	1C	1	6	

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
	26.10.23	B 1260	166.0 DL

AUXILIAIRES MEDICAUX

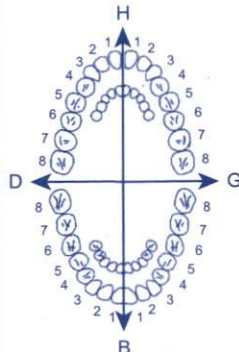
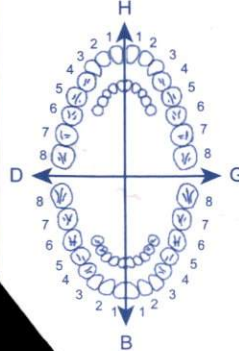
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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></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></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) 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"/>																

DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Ilham CHAH
Médecine Générale
Av. 2 Mars, 3 Rue Abdeslam Khattabi
Casablanca - Tél: 05 22 22 22 22

Le : 26.10.2023

Bilan Biologique

Nom/Prénom : Mme BELLA S Age : _____ Sexe : H ☐ F ☐
Malika

SANG :

- ☐ Groupe
- ☐ Rhésus
- ☒ NFS / plaquettes
- ☒ VS
- ☐ CRP
- ☒ Cholestérol total, HDL, LDL
- ☒ Triglycérides
- ☒ Glycémie à jeun
- ☐ Glycémie postprandiale
- ☒ HbA1c
- ☐ Ferritine
- ☒ Vitamine D
- ☐ Ionogramme sanguin
- ☒ Urée
- ☒ Acide urique
- ☒ Créatinine
- ☐ DFG
- ☒ ASAT
- ☒ ALAT
- ☐ Phosphatases alcalines
- ☐ Gamma GT
- ☐ Electrophorèse des protéines
- ☒ TSH us
- ☐ T3, T4

URINE :

- ☐ Diurèse des 24h
- ☐ Protéinurie des 24h
- ☐ Créatinine des 24h
- ☐ ECBU et antibiogramme
- ☐ Ionogramme urinaire

SELLES :

- ☐ Coprologie des selles
- ☒ Parasitologie des selles

BILAN ALLERGOLOGIQUE :

- ☐ IgE totales
- ☐ IgE spécifiques :

Autres :

Docteur Ilham CHAH
Médecine Générale
Av. 2 Mars, 3 Rue Abdeslam Khattabi
Casablanca - Tél: 05 22 22 22 22

Docteur Ilham Chah

MEDECINE GENERALE

ECHOGRAPHIE



الدكتورة إلهام شاه

الطب العام

الفحص بالصدى

Mme BELLA Malika

Ordonnance

Casablanca, Le 26/10/2023

Duspatalin 200 - 9
19cl x 7/j - 5

54,00
Docteur Ilham CHAH
Médecine Générale
Av. 2 Mars, 3 Rue Abdesslam Khatabi
Casablanca - Tél: 05 22 28 34 52

3, Rue Abdesslam EL Khatabi, AV.2 Mars 1 Etage N° 2 - Casablanca

الهاتف : 05 22 28 34 52 / المستعجلات : 06 61 46 84 49

زنقة عبد السلام الخطابي شارع 2 مارس الطابق الأول، رقم 2 - الدار البيضاء

Docteur Ilham Chah

MEDECINE GENERALE

ECHOGRAPHIE



الدكتورة إلهام شاه

الطب العام

الفحص بالصدى

Mme Malika BELCAS

Ordonnance

Casablanca, Le 10.11.2023

N° case 1
1AB / 151

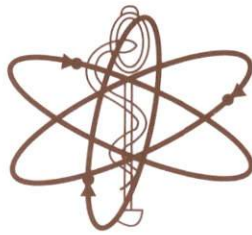
Docteur Ilham CHAH
Medecine Générale
Av. 2 Mars, 3 Rue Abdelham Khattabi
Casablanca - Tél: 05 22 28 34 52

49,60

3, Rue Abdesslam EL Khatabi, AV.2 Mars 1 Etage N° 2 - Casablanca

الهاتف : 05 22 28 34 52 / المستعجلات : 06 61 46 84 49

زنقة عبد السلام الخطابي شارع 2 مارس الطابق الأول, رقم 2 - الدار البيضاء



Mme Malika BELLAJ

Né(e) le : 12-06-1960

Dossier N° : 2310260036

Date de l'examen : 26-10-2023

Prélevé le : 27-10-2023 10:30 en interne

Edité le : 27-10-2023

DR : ILHAM CHAH

Adresse : 3, Rue Abdeslam El Khatabt, Av 2 Mars1 Etage

Appt N°2 Casablanca

Page 2 / 2



ACCREDITATION
N° 8 3245
Portée disponible sur
www.cofrac.fr

Seules certaines prestations rapportées dans ce document sont couvertes par l'accréditation. Elles sont identifiées par le symbole [AC].

Cholestérol total [AC]

(Colorimétrie Enzymatique – Cobas 6000® Roche)

2.05 g/l (<2.00)

HDL-Cholestérol [AC]

(Enzymatique Colorimétrie Cobas 6000® Roche)

5.30 mmol/l (<5.17)

0.68 g/l (>0.65)

1.76 mmol/l (>1.68)

LDL-Cholestérol (direct) [AC]

(Enzymatique Colorimétrie – Cobas 6000® Roche)

1.29 g/L (<1.55)

3.34 mmol/L (<4.01)

Les valeurs suivantes représentent les taux chez l'adulte en terme de risque de maladie coronarienne :

-Faible: <1.29 g/L (2.59 mmol/L)

-Intermédiaire: 1.30 à 1.59 g/L (3.35 à 4.12 mmol/L)

-Elevé: 1.60 à 1.89 g/L (4.13 à 4.92 mmol/L)

-Très élevé: >1.90 g/L (>4.92 mmol/L)

Triglycérides [AC]

(GPO/PAP – Cobas 6000® Roche)

0.57 g/l (<1.50)

0.64 mmol/l (<1.70)

HBA1c

(Automate HLC-723G8 /HPLC)

6.7 % (4.0–6.0)

Changement d'automate à partir du 05/08/2023

ENZYMOLOGIE

Transaminases GOT (ASAT) [AC]

(IFCC, sans PYP – Cobas 6000® Roche)

21 UI/L (<32)

Transaminases GPT (ALAT) [AC]

(IFCC, sans PYP Cobas 6000® Roche)

19 UI/L (<33)

BILAN THYROIDIEN

Echantillon primaire : Sérum

0.82 µUI/ml (0.27–4.20)

TSHus [AC]

(ECLIA – COBAS 6000® Roche)

VITAMINOLOGIE

échantillon primaire : sérum

25-OH-Vitamine D (D2+D3)

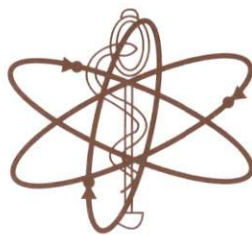
((Chimiluminescence – COBAS 6000® Roche))

39.2 nmol/l (>75.0)

15.7 ng/ml (>30.0)

Insuffisance en vitamine D : Entre 47.5 à 72.5 nmol/l (19 à 29 ng/ml)

Carence en vitamine D : < 50 nmol/l (< 20 ng/ml)



Mme Malika BELLAJ

Né(e) le : 12-06-1960

Dossier N° : 2310260036

Date de l'examen : 26-10-2023

Prélevé le : 27-10-2023 10:30 en interne

Edité le : 27-10-2023

DR : ILHAM CHAH

Adresse : 3, Rue Abdesalam El Khatabi, Av 2 Mars1 Etage

Appt N°2 Casablanca

Page 1 / 2



ACCREDITATION
N° 8 3245
Portée disponible sur
www.cofrac.fr

Seules certaines prestations rapportées dans ce document sont couvertes par l'accréditation. Elles sont identifiées par le symbole [AC].

HEMATOCYTOLOGIE

Hémogramme

Cytométrie de flux sur ABX Pentra (échantillon primaire : sang total EDTA)

Leucocytes [AC]	5.20	milliers/ μ l	(4.00-10.00)
Hématies : [AC]	4.65	millions/ μ l	(3.80-5.80)
Hémoglobine : [AC]	13.3	grs/dL	(11.5-16.0)
Hématocrite : [AC]	39.9	%	(37.0-47.0)
VGM : [AC]	86.0	μ 3	(80.0-100.0)
TCMH : [AC]	28.6	pg	(27.0-32.0)
CCMH : [AC]	33.3	g/dl	(32.0-36.0)
RDW : [AC]	13.7	%	(11.0-16.0)
Polynucléaires Neutrophiles :	36.4	%	
Soit:	1.89	milliers/mm3	(2.00-7.50)
Polynucléaires Eosinophiles :	4.5	%	
Soit:	0.23	milliers/mm3	(0.00-0.50)
Polynucléaires Basophiles :	0.8	%	
Soit:	0.04	milliers/mm3	(0.00-0.20)
Lymphocytes :	52.6	%	
Soit:	2.74	milliers/mm3	(1.00-4.00)
Monocytes :	5.7	%	
Soit:	0.30	milliers/mm3	(0.20-1.00)
Plaquettes : [AC]	180		(150-500)

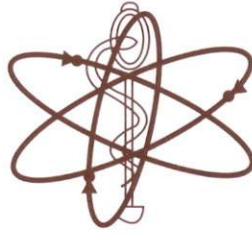
Vitesse de sédimentation

VS 1ère heure	26	mm
(VES-MATIC EASY)		
Valeur normale inférieure à	37	

BIOCHIMIE SANGUINE

Glycémie à jeun [AC]	1.10	g/l	(0.74-1.09)
(Enzymatique HK/G6PDH- Cobas 6000® Roche)	6.11	mmol/l	(4.11-6.05)
Urée [AC]	0.37	g/l	(0.17-0.49)
(Cinétique Urease/GLDH- Cobas 6000® - Roche)	6.16	mmol/l	(2.76-8.08)
Créatinine [AC]	7.6	mg/l	(5.0-9.0)
(Jaffé, Colorimétrie Cinétique- Cobas 6000® Roche)	67.3	μ mol/l	(44.3-79.7)
Acide Urique [AC]	48	mg/l	(24-57)
(Colorimétrie enzymatique Uricase/PAP - Cobas 6000® Roche)	285.6	μ mol/l	(142.8-339.2)





FACTURE N° 2310260036

Mme Malika BELLAJ

Demande N° 2310260036
Date de l'examen : 26-10-2023
Analyses :

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
PSAD	Prélèvement sang adulte	E25	E
	ALAT (transaminase TGP)	B50	B
	ASAT (transaminase TGO)	B50	B
	Cholestérol	B30	B
	Créatinine	B30	B
	HbA1c	B100	B
	Triglycérides	B50	B
	Vitamine D 25-OH (D2+D3)	B450	B
	LDL Dosage direct	B50	B
	Vitesse de sédimentation	B30	B
	Urée	B30	B
	Glycémie à jeun	B30	B
	TSHus	B200	B
	Acide Urique	B30	B
	NF	B80	B
	Cholestérol HDL	B50	B

Total des B : 1260

TOTAL DOSSIER : 1660 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : mille six cent soixante dirhams DH

