

# 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

N° M21- 070061

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : MUGS Société : RAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AIT EL MAJDOUB HANANE

Date de naissance :

Adresse : 187477

Tél. : 0660301886 Total des frais engagés : 2550,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02/12/2023

Nom et prénom du malade : AIT EL MAJDOUB HANANE Age :

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

Nature de la maladie : Affection Dermatologique

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

Signature de l'adhérent(e) : [Signature] Le : 02/12/2023

## 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                     |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| 09.12.23        | U                 | 8                     | Gratuit                         |  |
| 11.12.2023      |                   | 12                    | 20000                           |                                                                                    |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur                                           | Date     | Montant de la Facture |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------|
|  | 11/12/23 | 311.00                |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date     | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|-----------------------------------------------------|----------|------------------------------|------------------------|
|                                                     | 09.12.23 | 8160,5 - 239,4000            |                        |

# AUXILIAIRES MEDICAUX

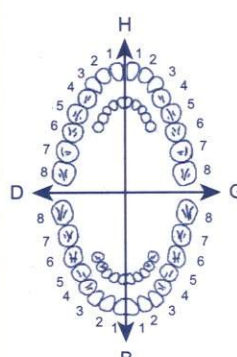
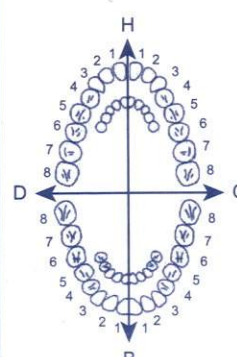
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |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

# 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 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)<br>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





Casablanca, le

**11/12/2023**

الدار البيضاء, في

**NOTE D'HONORAIRE**

NOM : .....AIT EL MAJDOUB .....

Prénom : .....HANANE.....

Nature de l'acte ...EXERESE DE KYSTE SEBACEE DU CUIR CHEVELU .

**SOINS ET PANSEMENTS.**

.....K30=...2000 DH.....

Arrêtée la présente note d'honoraire à la somme de : ... **DEUX MILLE DIRHAMS** .....

**Dr. Khalid LAMNIAI**  
Dermato-Venerologue  
Angle Bd. Sidi Abderrahmane  
et Bd Abdelhadi Boutaleb  
Casablanca Tél: 05 22 90 04 17





Casablanca, le 11/12/2023 الدار البيضاء, في

Mme AIT EL MAJDOUB HANANE

14.00

HEXOMEDINE TRANSCUTANEE

MATIN ET SOIR PDT 10 JOURS

28.00

COCCIDIN CREME

MATIN ET SOIR PDT 10 JOURS

134.50x2

FUCIDINE 250 CP

2 CP LE MATIN ET 2 CP LE SOIR PDT 10 JOURS

311.00

PHARMACIE AYMANE  
AGUEDACH KAMAL  
Quartier Val Fleuri 3 Bis, Rue Henri  
Murger, Résidence Talbi III, Casablanca  
Tél/Fax: 0522 90 60 21

Dr. Khalid LAMNIAI  
Médecin GÉNÉRALISTE  
Angle Bd Sidi Abderrahmane  
et Bd Abdelhadi Boutaleb  
Casablanca 20230



LOT: 230140  
SER: 01-2026  
PPV: 28.00DH





**Mme AIT EL MAJDOUB Hanane**

**Réf : 2312091002**

**Page 2 / 2**

Fin du compte rendu

LABORATOIRE D'ANALYSES  
DE BIOLOGIE MEDICALE  
117, Bd Bir Anzarane - Casa  
ICE 001 640386000033  
INPE: 033001190

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

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

**Dr A. Azeddoug**  
*Médecin Biologiste*



Prescripteur : Dr KHALID LAMNIAI

Dossier ouvert le : 09-12-2023 07:49

Edité le : 14-12-2023

Réf : 2312091002

Mme AIT EL MAJDOUB Hanane

Compte Rendu d'Analyse

Page 1 / 2

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

## HEMATOLOGIE

### NUMERATION FORMULE SANGUINE

Sysmex XT2000

#### NUMERATION

|               |                        |                |            |
|---------------|------------------------|----------------|------------|
|               |                        |                | 15-09-2023 |
| Leucocytes :  | 5 760 /mm <sup>3</sup> | (4 000-10 000) | 7 670      |
| Hématies :    | 3.81 M/mm <sup>3</sup> | (3.80-5.40)    | 4.01       |
| Hémoglobine : | 12.4 g/100ml           | (12.0-16.0)    | 13.1       |
| Hématocrite : | 36.2 %                 | (35.5-45.5)    | 39.0       |
| VGM :         | 95.0 µ <sup>3</sup>    | (80.0-99.0)    | 97.3       |
| TCMH :        | 32.5 pg                | (27.0-33.0)    | 32.7       |
| CCMH :        | 34.3 g/100ml           | (29.0-36.0)    | 33.6       |

#### FORMULE

|                               |                        |               |       |
|-------------------------------|------------------------|---------------|-------|
| Polynucléaires Neutrophiles : | 55.8 %                 |               | 66.4  |
| Soit:                         | 3 214 /mm <sup>3</sup> | (2 000-7 500) | 5 093 |
| Polynucléaires Eosinophiles : | 1.7 %                  |               | 0.7   |
| Soit:                         | 98 /mm <sup>3</sup>    | (100-400)     | 54    |
| Polynucléaires Basophiles :   | 0.3 %                  |               | 0.3   |
| Soit:                         | 17 /mm <sup>3</sup>    | (0-150)       | 23    |
| Lymphocytes :                 | 35.6 %                 |               | 27.4  |
| Soit:                         | 2 051 /mm <sup>3</sup> | (1 500-4 000) | 2 102 |
| Monocytes :                   | 6.6 %                  |               | 5.2   |
| Soit:                         | 380 /mm <sup>3</sup>   | (200-800)     | 399   |

#### PLAQUETTES

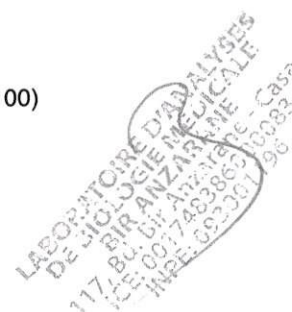
|              |                          |                   |         |
|--------------|--------------------------|-------------------|---------|
| Plaquettes : | 241 000 /mm <sup>3</sup> | (150 000-400 000) | 270 000 |
| VMP:         | 11.1 fl                  |                   | 10.6    |

## HEMOSTASE

Taux de Prothrombine: 100 % (70-100)

### Temps de Cephaline Kaolin: TCK

|                           |           |         |
|---------------------------|-----------|---------|
| Patient:                  | 28.2 sec. |         |
| Témoin:                   | 25.0 sec. |         |
| TCK Ratio patient/témoin: | 1.13      | (<1.20) |



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

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

Dossier Validé

Dr A. Azeddoug

Médecin Biologiste



**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 : 09-12-2023

**Mme Hanane AIT EL MAJDOUB**

FACTURE N°

2312091002

**Récapitulatif des analyses**

| CN         | Analyse                                                | Val | Clefs |
|------------|--------------------------------------------------------|-----|-------|
| PS<br>0216 | Prélèvement sang                                       | E25 | E     |
|            | Numération Formule (Globules rouges/Blancs/plaquettes) | B80 | B     |
|            | Temps de Céphaline Kaolin                              | B40 | B     |
|            | Taux de Prothrombine( TP)                              | B40 | B     |

Total de B : 160

|               |           |
|---------------|-----------|
| TOTAL DOSSIER | 239.40 DH |
|---------------|-----------|

Arrêtée la présente facture à la somme de : deux cent trente-neuf dirhams quarante centimes

LABORATOIRE D'ANALYSES  
DE BIOLOGIE MEDICALE  
BIR ANZARANE - Casa  
117, Bd. Bir Anzarane - Casa  
ICE: 001748386000083  
INPE: 093001196



Casablanca, le

04.12.2023

الدار البيضاء، في

Mme Aïtel majdaoui Hamane

## ANALYSES BIOLOGIQUES

### Examen du sang :

- ☐ NFS / Pq
- ☐ CRP
- ☐ VS
- ☐ Procalcitonine
- ☐ Fer sérique
- ☐ Ferritine
- ☐ Glycémie à jeûn
- ☐ HBA 1C
- ☐ GPP
- ☐ Urée
- ☐ Créatinine
- ☐ Acide urique
- ☐ Cholestérol ☐ HDL ☐ LDL
- ☐ Triglycérides
- ☐ SGOT ☐ GPT ☐ GGT
- ☐ Bilirubine
- ☐ Phosphatase alcaline
- ☐ CPK
- ☐ LDH
- ☐ Aldolase
- ☐ Troponine
- ☐ Inogamme
- ☐ Calcium
- ☐ Mg<sup>+</sup> sérique
- ☐ Mg<sup>+</sup> Globulaire
- ☐ Phosphore

- ☐ TP ☐ TCK
- ☐ Fibrinogène
- ☐ Vit D
- ☐ Cortisolémie 8h et 16h
- ☐ PSA
- ☐ CLA 30 Trophallergènes
- ☐ CLA 30 Pneumallergènes
- ☐ IgE Totaux
- ☐ ASLO
- ☐ Facteur Rhumatoïde
- ☐ Complément : C2 - C3 - C4 - CH50
- ☐ Anticorps anti - DNA natifs
- ☐ AC Antinucléaires
- ☐ VDRL - TPHA - quantitatifs
- ☐ Sérologie Syphilitique IgM
- ☐ Sérologie HVC
- ☐ AgHBS ☐ ACHBC ☐ ACHBS
- ☐ Sérologie HVA IgM
- ☐ HIV
- ☐ TSH ☐ T3L ☐ T4L
- ☐ ACTPO
- ☐ AC Thyroglobuline
- ☐ AC Antitransglutaminase - IgA - IgG
- ☐ ECA

### Examens d'Urines

- ☐ ECBU ☐ ATB
- ☐ Protéinurie /24h
- ☐ Microalbuminurie /24h
- ☐ Compte d'addis

### Examens de selles

- ☐ Parasitologie ☐ Coproculture

### Prélèvements Génitaux

- ☐ Vaginal ☐ Urétral
- ☐ Chlamydiae ☐ mycoplasme
- ☐ AntibioGramme
- ☐ FCV

### Examens Mycologiques

- ☐ ED - Culture
- ☐ Spermogramme
- ☐ Spérmoculture

### Autres