

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

N° W19-432326

101590

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 1143		Société : RAM	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	Mohamed
Nom & Prénom : BALMANE		Date de naissance : 01-01-1961	
Adresse : cité djamaâj jamilat Rue 19 N° 15 Casa			
Tél. : 0661789212	Total des frais engagés : 740,40 Dhs		

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : 19.03.2024	
Nom et prénom du malade : Professeur Hassain JOUADI Age :	
<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> conjoint <input type="checkbox"/> enfant	
Nature de la maladie : Mégalopées	
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'exhaustivité des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.	
Fait à : R ACCUEIL Le : / /	
Signature de l'adhérent(e) :	

## **RELEVE 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
19-03-2024	Consultation	1	300 DHA	Pr. Hassan JOURDAN Spécialiste en Cancérologie Radiothérapie-Oncologie 06 99 00 16 03 SNR
21-03-2024	Consultation	1	300 DHA	Pr. Hassan JOURDAN Spécialiste en Cancérologie Radiothérapie-Oncologie 06 99 00 16 03 SNR

## **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
EL FINÍDICO amilla 7 RUE 1 <sup>er</sup> N° 90 C.D. L-08 22 57 50 <i>[Signature]</i>	86/03/84	2 310	440,40

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## **RELEVE 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 prothèse(s) ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [REDACTED]										
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]										
				MONTANTS DES SOINS [REDACTED]										
				DEBUT D'EXECUTION [REDACTED]										
				FIN D'EXECUTION [REDACTED]										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]										
	<p style="text-align: center;">H</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table> <p style="text-align: center;">B G</p> <p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
25533412	21433552													
00000000	00000000													
<hr/>														
00000000	00000000													
35533411	11433553													
				DATE DU DEVIS [REDACTED]										
				DATE DE L'EXECUTION [REDACTED]										



RADIOOTHERAPIE CONFORMATIONNELLE ET DOSIMETRIE 3D • RADIOTHERAPIE PAR MODULATION D'INTENSITE : IMRT • RAPID-ARC •  
RADIO-CHIRURGIE STEREOTAXIQUE • CURIETHERAPIE HAUT DEBIT • MEDECINE NUCLEAIRE • ONCOLOGIE MEDICALE • ONCO. HEMATOLOGIE  
GREFFE DE MOELLE OSSEUSE • RADIOLOGIE • CHIRURGIE CARCINOLOGIQUE • CHIRURGIE REPARATRICE ET ESTHETIQUE • SOINS INTENSIFS  
REANIMATION ET TRAITEMENT DE LA DOULEUR • SOINS PALLIATIFS • RADIOFREQUENCE • DEPISTAGE ET DIAGNOSTIC DES TUMEURS

21.03.2014

Mr. BAlmae Mehta

- NFs . plaques
- urée . créatinine
- Grot . BilirBil

Lannarot 3 Ain Diab  
Jamilia 7 Rue 14 Casablanca  
El Firdaous 52  
Khalid 22 Casablanca  
Télé: 0522 66 68 00 / 0522 66 68 01  
Fax: 0522 64 81 52

PR Redaction et Accompagnement  
Selon les besoins de l'assuré - Autre  
Ain Diab - Casablanca  
Tél: 0520 66 68 00 / 0520 66 68 01  
Fax: 0522 64 81 52

# 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

IF : 49709806

CNSS : 6418976

**FACTURE N° : 240300526**

INPE :



093000909

CASABLANCA le 26-03-2024

Mr BALMANE Mohamed

## Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Prélèvement sanguin	E25	E
B103	Bilirubine (Totale Directe et Indirecte)	B70	B
B111	Créatinine	B30	B
B135	Urée	B30	B
B146	Transaminases O (TGO)	B50	B
B147	Transaminases P (TGP)	B50	B
B216	Numération Formule (Globules rouges/Blancs/plaquettes)	B80	B

Total des B : 310

TOTAL DOSSIER : 440.40 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : quatre cent quarante dirhams quarante centimes.

ANALYSES MEDICALES EL FIRDAOUS  
Jamila 7, Rue 14, N°90 C.D.  
CASABLANCA  
Tel: 0522 57 64 21

# **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

2403260015 – Mr BALMANE Mohamed

## **BIOCHIMIE SANGUINE**

Urée

0.25 g/l  
4.17 mmol/L

25-01-2024  
0.20

(0.15–0.50)  
(2.50–8.33)

Créatinine

6.00 mg/L  
53.0  $\mu$ mol/L

25-01-2024  
6.68

(6.00–13.00)  
(53.0–114.9)

Transaminases GOT (ASAT)

30 UI/L

07-04-2022  
27

(0–45)

Transaminases TGP (ALAT) <sup>(RC)</sup>

53 UI/L

07-04-2022  
25

(0–49)

Bilirubine Totale

3.5 mg/L  
31  $\mu$ mol/L

(3.0–12.0)  
(27–106)

Bilirubine conjuguée (direct)

2.0 mg/L  
3.4  $\mu$ mol/L

(0.0–2.0)  
(0.0–3.4)

Bilirubine libre (indirecte)

1.5 mg/L  
2.6  $\mu$ mol/L

(0.0–10.0)  
(0.0–17.0)

(RC) : Résultat contrôlé

Validé par : Dr. Souad EL HAIMER

EL FIRDAOUS  
Laboratoire d'Analyses Médicales  
Jamila 7 Rue 14 N°90 Cité Djemaâ  
Casablanca 20450  
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

Date du prélèvement : 26-03-2024 à 10:46

Code patient : 2002110082

Né(e) le : 01-01-1941 (83 ans)

Mr BALMANE Mohamed

Dossier N° : 2403260015

Prescripteur : Dr SAMILALI REDOUAN



## HEMATOLOGIE

### HEMOGRAMME

(Sysmex XT-1800i)

25-01-2024

Hématies

4.64  $10^6/\text{mm}^3$   
13.0 g/dL  
38.2 %  
82.3 fL  
28 pg  
34 g/dL

5.03

(4.50–5.50)  
(13.0–17.4)  
(40.0–52.0)  
(80.0–96.0)  
(27–32)  
(30–35)

### Lignée érythrocytaire

Hémoglobine

Hématocrite

VGM

TCMH

CCMH

### Formule leucocytaire

Leucocytes

4 180 / $\text{mm}^3$   
soit  
3 010 / $\text{mm}^3$   
42 / $\text{mm}^3$   
0 / $\text{mm}^3$   
669 / $\text{mm}^3$   
460 / $\text{mm}^3$

5 590

25-01-2024

3578

Neutrophiles

Eosinophiles

Basophiles

Lymphocytes

Monocytes

### Numération plaquettaire

Plaquettes

Interprétation

132 000 / $\text{mm}^3$

(150 000–450 000)

167 000

Cytologie vérifiée sur frottis

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