

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## 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.

**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

M23- N° 0040948

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5011 Société : RAM 202150  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : Rouak Moulay Smil  
 Date de naissance : 28-07-1964  
 Adresse : H 307 - W L AL Wafa DEROUA  
 Tél. : 06 19 00 13 32 Total des frais engagés : 300 + 500 + 1200 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 11/03/2024  
 Nom et prénom du malade : Bender Helmi Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : chronique  
 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 : 2024 Le : 16 / 04 / 24  
 Signature de l'adhérent(e) :

PR4FR05/V2/20-10-2023

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
11/03/24			300,00	

# 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
CENTRE DE RADIOLOGIE OULAD JANA	12/03/24	echo Abdo-	500 DH
13, Avenue de la Liberté	12/03/24	Pelrieune	1200 DH
Dr Jawad Bouajaj	12/03/24	B: 12/10	

# AUXILIAIRES MEDICAUX

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

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

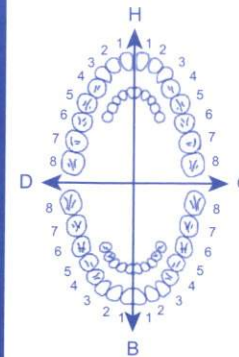
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

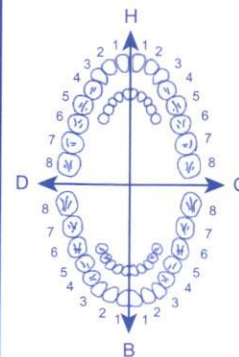
FIN D'EXECUTION

# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



AL AMAL

الأمل

مركز أمراض الكلى و تصفية الدم للكبار و الصغار  
Centre des Maladies Rénales et Dialyse Adulte et Pédiatrique

البروفيسور أمال بورقية  
أمراض الكلى و تصفية الدم

Professeur Amal BOURQUIA

Néphrologie - Dialyse

**BILAN BIOLOGIQUE**

11 MARS 2024

Le \_\_\_\_\_

Nom Bendou

Prénom Halima

**Sang**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Urée  | <input type="checkbox"/> PTH                             |   |
| <input checked="" type="checkbox"/> Créatinémie   | <input type="checkbox"/> TSH                             |   |
| <input checked="" type="checkbox"/> Acide Urique  | <input type="checkbox"/> T3                              | <input type="checkbox"/> T4             |
| <input type="checkbox"/> Glycémie à Jeun  | <input type="checkbox"/> Cholestérol                     | <input checked="" type="checkbox"/> HDL |
| <input type="checkbox"/> Glycémie post prandiale  | <input checked="" type="checkbox"/> Triglycérides        | <input checked="" type="checkbox"/> LDL |
| <input checked="" type="checkbox"/> Hémoglobine Glyquée   | <input type="checkbox"/> Bilirubine                      |   |
| <input type="checkbox"/> NA+ <input type="checkbox"/> K+ <input type="checkbox"/> RA <input type="checkbox"/> Cl- | <input type="checkbox"/> VS                              |   |
| <input checked="" type="checkbox"/> Calcémie  | <input type="checkbox"/> Groupage                        |   |
| <input checked="" type="checkbox"/> Phosphorémie  | <input type="checkbox"/> Phénotypage                     |   |
| <input type="checkbox"/> Protides totaux  | <input type="checkbox"/> Antigène HBS                    |   |
| <input type="checkbox"/> Albuminémie  | <input type="checkbox"/> Anticorps Anti HBS              |   |
| <input type="checkbox"/> Électrophorèse des protides  | <input type="checkbox"/> Sérologie HVC                   |   |
| <input type="checkbox"/> Oxalates   | <input type="checkbox"/> Dosage quantifié de l'ARN (HVC) |   |
| <input checked="" type="checkbox"/> NFS+ Plaquettes   | <input type="checkbox"/> PSA                             |   |
| <input type="checkbox"/> Fer sérique  | <input type="checkbox"/> Complément C3 - C4              |   |
| <input type="checkbox"/> Ferritine  | <input type="checkbox"/> Anti DNA Natif                  |   |
| <input checked="" type="checkbox"/> CRP   | <input type="checkbox"/> ANCA                            |   |
| <input type="checkbox"/> SGOT   | <input type="checkbox"/> Ciclosporine                    | <input type="checkbox"/> T0             |
| <input type="checkbox"/> Gamma GT   | <input type="checkbox"/> Bilan d'hémostase               | <input type="checkbox"/> T2             |
| <input type="checkbox"/> Phosphatases alcalines   | <input type="checkbox"/> TP                              | <input type="checkbox"/> TCK            |
| <input checked="" type="checkbox"/> Vitamine D  |  |   |

LABORATOIRE CENTRAL D'ANALYSES  
MEDICALES PLURIDISCIPLINAIRES  
Dr Jawad KARRAT  
Bat. C, Lotissement Annajah, Deroua  
Tel.: 0522 51 52 18 / 0667 67 67 11

**Urines**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ECU + ATB                   | <input type="checkbox"/> Clearance de la créatinine  |
| <input type="checkbox"/> Compte d'Addis              | <input type="checkbox"/> NA+ <input type="checkbox"/> K+ <input type="checkbox"/> Cl- <input type="checkbox"/> Ca+ |
| <input checked="" type="checkbox"/> Microalbuminurie | <input type="checkbox"/> Acide Urique  |
| <input type="checkbox"/> Protéinurie de 24 H         | <input type="checkbox"/> Glycosurie de 24 H  |
| <input type="checkbox"/> Urée de 24 H                | <input type="checkbox"/> Cristallurie  |
| <input type="checkbox"/> Créaturinurie de 24 H       |  |

Signée : **PR.A.BOURQUIA**



127, Boulevard Victor Hugo - Casablanca

Consultation Tel. : 05 22 80 20 01 - Dialyse Tel. : 05 22 83 34 35 - Fax. : 05 22 83 34 35

Gsm. : 06 62 78 46 86 - Email : amal.bourquia@gmail.com - ICE : 001659700000063



Dr. Nawfal ABOU-IBADALLAH  
Spécialiste en Radiologie

Dr. Hamza EL HASSANI  
Spécialiste en Radiologie

Berrechid le, 12/03/2024

## Facture N° : 1445

IRM haut champ

Scanner spirale  
multi-barrettes

Radiologie générale  
numérisée

Rachis et Membre  
inférieur en totalité

Mammographie

Échographie

Echographie-Doppler

Panoramique  
dentaire numérique

Denta-scanner

Ostéodensitometrie

bi-photonique

Radiologie  
interventionnelle

Nom et Prénom : BENDAR HALIMA

Exam	Prix
ECHO ABDO-PELVIENNE	500,00
Total	500,00

Arrêté le montant de la présente facture à la  
somme de :

**CINQ CENTS DIRHAM(S)**

CENTRE DE RADIOLOGIE  
OULAD HRIZ  
13, Avenue Pierre Assouline  
Lotissement Bercor, Berrechid  
INPE 060065646

📍 13, Avenue Pierre Assouline, Lotissement Bercor, Berrechid

☎ 05 22 51 71 00

✉ radiologieouladhriz@gmail.com

🌐 www.radiologie-ouladhriz.ma

# LABORATOIRE CENTRAL DEROUA

Résidence Sakane Deroua Batiment C RDC Local 10 Lotissement Annajah DEROUA

Tél : +212 5 22 51 52 18 – Mail : technique.labocentralderoua@gmail.com

**FACTURE N° : 240002431**

**INPE :**



063064505

DEROUA le 12-03-2024

**Mme BENDAR Halima**

Récapitulatif des analyses		
CN	Analyse	Clé
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	E10
	Cristallurie	B40
B439	Vitamine D	B450
B135	Urée	B30
B134	Triglycérides	B60
B129	Phosphore minéral	B40
B216	Numération Formule (Globules rouges/Blancs/plaquettes)	B80
0484	Microalbumine de 24H par immunonephelometrie	B120
0109	Cholestérol L D L	B50
B108	Cholestérol HDL	B50
B119	Hémoglobine glycosylée	B100
B370	C R P (Protéine C réactive)	B100
B111	Créatinine	B30
B104	Calcium	B30
B100	Acide urique sanguin	B30

Total des B : 1210

TOTAL DOSSIER : 1200.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : mille deux cents dirhams .

**LABORATOIRE CENTRAL D'ANALYSES  
MEDICALES PLURIDISCIPLINAIRES**

**Dr Jawad KARRAT**

Bat. C, Lotissement Annajah, Deroua

Tél.: 0522 51 52 18 / 0667 67 67 11

**ICE : 002866635000065 IF : 50375591**



# المختبر المركزي للتحاليل الطبية

LABORATOIRE CENTRAL D'ANALYSES MEDICALES

Numéro de demande : 20240312008

Code patient : 20230512038



Résultat d'analyse : **Mme BENDAR Halima**

Né(e) le 09-03-1966, âgé(e) de 58 ans

Prélèvement du 12-03-2024 à 08:29

Prescripteur : Dr BOURQUIA AMAL

Résultats

Normes

Antécédents

## HEMATOLOGIE - CYTOLOGIE

### Hémogramme

(MINDRAY BC5380)

#### Lignée érythrocytaire

(Impédance-Spectrophotométrie)

Hématies	4.23	M/ml	(3.99-5.12)
Hémoglobine	13.7	g/dL	(12.1-15.0)
Hématocrite	40.8	%	(35.9-44.6)
VGM	96.5	fL	(79.9-95.6)
TCMH	32.4	pg	(26.4-32.6)
CCMH	33.6	%	(31.9-35.8)

#### Lignée leucocytaire

(Fluoro-cytométrie de flux)

Leucocytes	21 470	/mm <sup>3</sup>	(3 780-9 420)
Neutrophiles	64.70 %	soit 13 891 /mm <sup>3</sup>	(1 690-5 840)
Eosinophiles	1.90 %	soit 408 /mm <sup>3</sup>	(40-470)
Basophiles	0.50 %	soit 107 /mm <sup>3</sup>	(0-90)
Lymphocytes	25.30 %	soit 5 432 /mm <sup>3</sup>	(1 240-3 560)
Monocytes	7.60 %	soit 1 632 /mm <sup>3</sup>	(190-610)

#### Lignée plaquettaire

(Impédance)

Plaquettes	282 000	/mm <sup>3</sup>	(187 000-420 000)
------------	---------	------------------	-------------------

#### Interprétation

Formule contrôlée sur lame.

Page 1 / 3

Validé par : Dr. Karrat Jawad

LABORATOIRE CENTRAL D'ANALYSES  
MEDICALES PLURIDISCIPLINAIRES

Résidence sakane deroua batiment C RDC local 10 lotissement annajah Deroua

Email : contact@laboratoirecentral.ma Web : laboratoirecentral.ma Tél : +212 5 22 51 52 18 - 0522 51 52 18 / 0667 67 67 11

CNSS : 2690723 RC : 15485 ICE : 002866635000065 IF : 50375591 PATENTE : 55801862

Berrechid le, 12/03/2024

Patient : BENDAR HALIMA

Prescripteur : Dr. BOURQUIA AMAL

### ECHOGRAPHIE ABDOMINOPELVIENNE

#### Résultat :

Foie augmenté de taille (FH = 19 cm), non dysmorphique, de contours réguliers et d'échostructure hyperéchogène hétérogène réalisant un aspect de foie brillant en rapport probablement avec un foie stéatosique sans lésion nodulaire suspecte visible.

Loge de cholécystectomie libre.

Absence de dilatation des voies biliaires intra et extra-hépatiques.

Tronc porte et veines sus hépatiques perméables et de calibre normal.

Reins en position lombaire habituelle de taille normale et de contours réguliers.

Bonne différenciation parenchymo-sinusale.

Absence de dilatation des cavités pyélo-calicielles.

Absence d'image d'obstacle visualisé au niveau des voies urinaires excrétrices.

Rate et pancréas de taille et d'échostructure normales.

Épaississement circonférentiel, régulier et symétrique d'allure probablement inflammatoire de la paroi antro-pylorique mesurée à 11 mm d'épaisseur maximale.

Vessie en semi-réplétion sans anomalies pariétale ou endoluminale décelables.

Absence d'image de masse annexielle.

Absence d'adénomégalie profonde.

Absence d'épanchement péritonéal.

À signaler une aérocolie abdominale diffuse.

#### Au total :

Foie stéatosique non dysmorphique sans lésion nodulaire suspecte visible.

Épaississement circonférentiel, régulier et symétrique d'allure probablement inflammatoire de la paroi antro-pylorique mesurée à 11 mm d'épaisseur maximale.

Aérocolie abdominale diffuse.

Le reste de l'examen échographique est sans particularités.

À confronter aux données cliniques et au reste du bilan.

Merci de votre confiance.

CENTRE DE RADIOLOGIE  
OULAD HRIZ  
13, Avenue Pierre Assouline  
Lotissement Bercor, Berrechid  
INPE 060063646



CENTRE DE RADIOLOGIE  
OULAD HRIZ

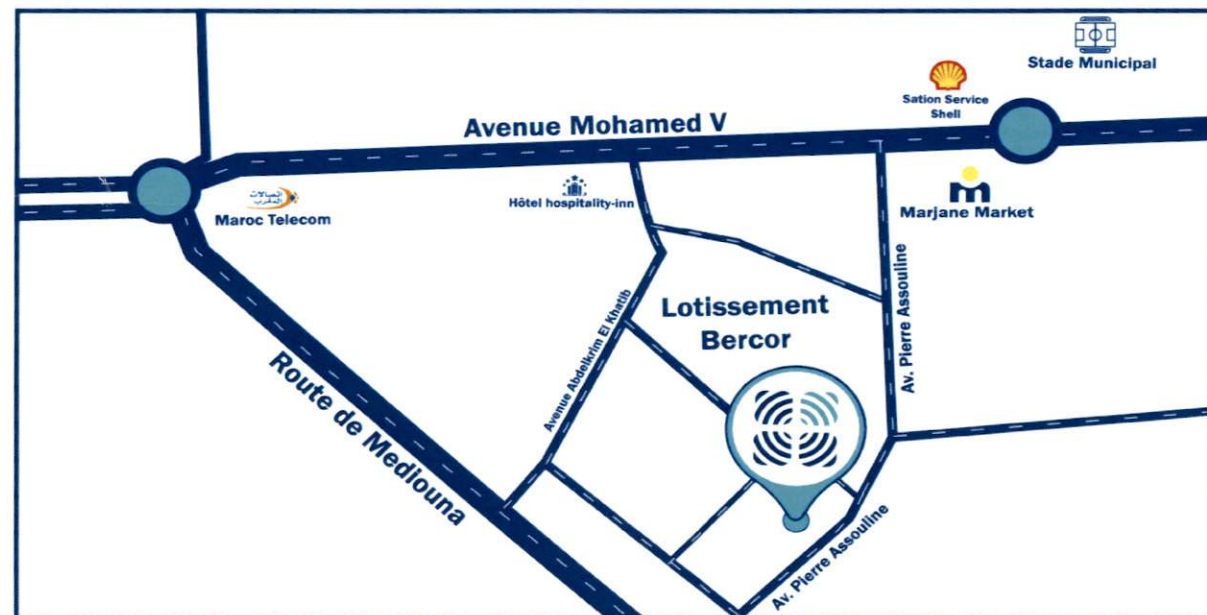


مركز الفحص بالأشعة  
أولاد حريز

Dr. Nawfal ABOU-IBADALLAH  
*Spécialiste en Radiologie*

Dr. Hamza EL HASSANI  
*Spécialiste en Radiologie*

IRM haut champ - Scanner spiralé multi-barrettes - Radiologie générale numérisée  
Rachis et Membre inférieur en totalité - Mammographie - Échographie - Echographie-Doppler  
Panoramique dentaire numérique - Denta-scanner - Ostéodensitometrie bi-photonique - Radiologie interventionnelle



📍 13, Avenue Pierre Assouline, Lotissement Bercor, Berrechid

☎ 05 22 51 71 00

✉ radiologieouladhriz@gmail.com

🌐 www.radiologie-ouladhriz.ma

Patient : BENDAR HALIMA

Examen : ECHO ABDO-PELVienne

Date : 12/03/2024