

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.

Biologie 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.

Education :

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

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

Nº P19- 060556

 Maladie **Dentaire** **Optique** **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2314 Société : 32963

Actif Pensionné[e]

Nom & Prénom : Hafidha Fatima

Autre :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie Nº P19-060556

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

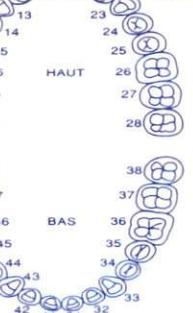
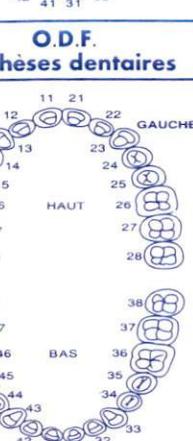
Date de dépôt :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient					
				Coefficient des travaux <input type="text"/>				
				Montant des soins <input type="text"/>				
				Début d'exécution <input type="text"/>				
				Fin d'exécution <input type="text"/>				
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux <input type="text"/>				
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; text-align: right; padding-right: 10px;">D</td> <td style="width: 10%; text-align: center; padding-right: 10px;">H</td> <td style="width: 60%; text-align: left; vertical-align: bottom;">25533412 00000000 00000000 35533411</td> <td style="width: 30%; text-align: right; padding-right: 10px;">G</td> <td style="width: 10%; text-align: center; padding-right: 10px;">21433552 00000000 00000000 11433553</td> </tr> </table> <p>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		D	H	25533412 00000000 00000000 35533411	G	21433552 00000000 00000000 11433553	Montant des soins <input type="text"/> Date du devis <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/>
D	H	25533412 00000000 00000000 35533411	G	21433552 00000000 00000000 11433553				



P 17 / 0062299

DATE DE DEPOT

/..... /201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme 9314		
Nom & Prénom HATINY Fatima				
Fonction RETRAITÉE	Phones 0664005783			
Mail yoorish.hatiny@gmail.com.				
MEDECIN	Prénom du patient			
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>		
Age 17		Date 11/07/2014		
Nature de la maladie				
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances				
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires		
AC	1	1500		
PHARMACIE	Date 07/07/2014			
Montant de la facture				
T = 274,50				
ANALYSES - RADIOPHARIES		Date 08/07/2014		
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires			
Billeto + PC	1400,00DA			
Rx synthe 600ds				
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date		
Nombre		Montant détaillé des Honoraires		
AM	PC	IM	IV	






Docteur Ilham Chah

MEDECINE GENERALE

ECHOGRAPHIQUE



الدكتورة إلهام شاه

الطب العام

الفحص بالصدى

HennéTTi Mi Falima

Ordonnance

AS

Casablanca, Le

09/07/2023

196,50

- ① Sep cea 500 - 9
49,60 1cp - 7fi 105 AS 105
- ② D. Core f. 03 105 AS 105
- 28,80 1AB/ce 03 105 AS 105
- ③ Vihauvnilf 149,33 AS 105

274,90

Centre Juan Canale
- Médecine Générale -
3 Rue Abdeslam Khatabi - Avenue du 7 Mars
Tél: 0522834449 - 0522834449

PPV: 49,60 DH
LT: 20D06
EXP: 04/2023

ROUTE D'EL JADIDI
280, Bd Brahim Roudani
Tél: 0522834449 0522834449

17300310002
28/07/2023
F. T: 196,500,00

196,50

3, Rue Abdesalam El Khatabi, AV 2 Mars 1 Etage Appt N° 2 - Casablanca

الهاتف: 06 6146 84 49 Tél: 05 22 83 74 44 / 05 22 28 34 52 المستعجلات:

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

Docteur Ilham Chah
MEDECINE GENERALE
ECHOGRAPHIQUE



الدكتورة إلهام شاه
الطب العام
الفحص بالصدى

Mme HATIMI Fatiha
Ordonnance

Casablanca, Le 06/07/2008

NFS co → fèvre
- VS
- CRP
- glycaémie à jeun
- cholestérol - HDL - LDL
Triglycérides
- Ac. urique
- TSH
- dosage de v. M2 DS -

لaboratoire
LAQOUDI ANALYSES MEDICALE
240, Bd Hassan II, Casablanca
Tél: 05 22 26 78 25 / 05 22 26 39 06
Casablanca - Patente: 358050 4

Docteur Ilham CHAH
Médecine Générale
Rue Abdesalam Khatabi - Avenue des Martyrs
Appart. N° 2 - Casablanca

3, Rue Abdesalam El Khatabi, AV 2 Mars 1^{er} étage, Appart. N° 2 - Casablanca
الهاتف : 05 22 83 74 44 / 05 22 28 34 52
زنقة عبد السلام الخطابي شارع 2 مارس الطابق الأول، رقم 2 - الدار البيضاء

Docteur Ilham Chah

MEDECINE GENERALE

ECHOGRAPHIQUE



الدكتورة إلهام شاه

الطب العام

الفحص بالصدى

H. HATTAMI Faânia

Ordonnance

Casablanca, Le

04/07/2022

Maanographie

Docteur Ilham CHAH
- Médecine Générale -
3, Rue Abdeslam Khatabi / Avenue de 2 Mars
Tel : 022.234.52 - Casablanca

RADIOLOGIE SOCRATE
Dr. BELCAIDI - Dr. BENNANI
Angle Bt. Brahim Roudani Rue
Nassir Eddine Râs Anta 1. Casablanca
Tel 0522 25 73 13 - 0522 25 75 05

3, Rue Abdeslam El Khatabi, AV 2 Mars 1 Etage Appt N° 2 - Casablanca

الهاتف : 0522 83 74 44 / 0522 28 34 52 : المستعجلات

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

RADIOLOGIE SOCRATE

FACTURE N°01449/20

Casa 15.07.20

Nom & prénom : HATIMY FATIMA

Examens	Prix
Mammographie	600.00
TOTAL :	600.00

Arrêtée la présente facture à la somme de:
Six cent dirhams.

Angle Bd Brahim Roudani et Rue Nassih Eddine-Résidence ANFA1
Casa. 0522.25.73.13-0522.25.75.05 Patente:35803986 TVA. 817743
R.C. 79363 I.F. 01003328 CNSS:2626036 ICE : 001321320000087

RADIOLOGIE SOCRATE
Angle Bd Brahim Roudani Rue
Nassih Eddine Rés. Anfa 1 - Casablanca
Tél.: 0522 25 73 13 - 0522 25 75 05



مختبر الصقلی للتحاليلات الطبية
Laboratoire SQALLI d'Analyses Médicales

Laboratoire certifié ISO 9001 V.2008



7jours/7

Prélèvements à domicile
sur rendez-vous

Dr. BENMLOUD Loubna, Médecin biologiste.

Faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca

Diplôme universitaire de qualité en sciences de la santé

Diplôme d'hygiène hospitalière et prévention des infections nosocomiales

FACTURE N° : 200700205

Casablanca le 08-07-2020

Mme Fatima HATIMI

Demande N° 2007080012

Date de l'examen : 08-07-2020

Analyses :

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Prélèvement sanguin	E25	E
0100	Acide urique	B30	B
0106	Cholestérol total	B30	B
0110	Cholestérol HDL+LDL	B80	B
0134	Triglycérides	B60	B
0164	TSH us	B250	B
0216	Numération formule	B80	B
0223	VS	B30	B
0370	CRP	B100	B
0439	Vitamine D	B450	B
	Glycémie à jeun	B30	B

Total des B : 1140

TOTAL DOSSIER : 1400.01DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : mille quatre cents dirham un centimess

Code INPE : 093000214
AWB - Agence Rue Nassih Eddine
RIB : 007 780 0003555000000328 25

240, Bd Brahim Roumani (ex Route d'El Jadida) Maerif Extension, Casablanca.
Tel. 0522 25 78 25 / 0522 25 39 61 • Fax. 0522 98 84 94 • Urgences : 0668 181 182 • E-mail : scha43@menara.ma
IF 18801592 • TP 35805014 • ICE 001728083000020 • CNSS 4981008



093000214

Prélèvements à domicile
sur rendez-vous

2007080012 – Mme HATIMI Fatima

VITESSE DE SEDIMENTATION

(Méthode de Westergreen)

VS 1ère heure

28 mm

VS 2ème heure

57 mm

Valeur de référence VS 1ère heure :

Homme (VS < âge/2), Femme [VS < (âge+10)/2]

ASPECT DE SERUM

Aspect du sérum :

Normal

BIOCHIMIE SANGUINE

Protéine C-réactive (CRP)

(Immunoturbidimétrie – KONELAB20 – Diasys)

Résultat techniquement contrôlé sur le même prélèvement.

11.0 mg/L (<6.0)

Glycémie à jeun

(GLUCOSE GOD – PAP – KONELAB 30 – BIOLABO)

0.84 g/L (0.70–1.10)

4.66 mmol/L (3.89–6.11)

Critères de diagnostic du diabète sucré (ADA 1997/OMS 1999)

Symptômes cliniques de diabète (polyurie, polydypsie, perte de poids inexplicable) associés à :

- Glycémie > 2 g/L à tout moment de la journée ou,

- Glycémie à jeun >1.26 g/L soit 7.00 mmol/L sur deux dosages consécutifs ou,

Temps	Valeur de référence	Impaired Fasting	Intolérance au glucose	Diabète sucré
A jeun	<1.10 g/L < 6.1 mmol/L	>1.10 g/L > 6.1 mmol/L	>1.10<1.26 g/L >6.1<7 mmol/L	>1.26 g/L > 7 mmol/L

- Glycémie > 2 g/L soit 11.1 mmol/L à la deuxième heure d'une HGPO (75 g glucose)

Acide Urique

(AOX – Konelab 30 – Thermo fisher)

52 mg/L (20–60)

310 µmol/L (119–357)

(<2.00)

Cholestérol total

(Dosage Colorimétrique enzymatique – KONELAB 30 – Thermo fisher)

1.91 g/l (<2.00)

4.92 mmol/L (<5.15)

Triglycérides

(Méthode enzymatique photométrique – Konelab 30 – Thermo Fisher)

1.12 g/L (<1.50)

1.28 mmol/L (<1.71)

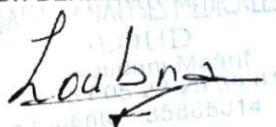
HDL-Cholestérol

(Dosage enzymatique – KONELAB – Thermo fisher)

0.42 g/L (0.40–0.80)

1.09 mmol/L (1.03–2.07)

Validé par : Dr. BENMILLOUD Loubna



7j/7

Prélèvements à domicile
sur rendez-vous

Date du prélèvement : 08-07-2020 à 10:11

Code patient : 2007080012

Né(e) le : 31-12-1954 (65 ans)



Mme HATIMI Fatima
Dossier N° : 2007080012
Prescripteur : Dr Ilham CHAH

HEMATOLOGIE

HEMOGRAMME (SYSMEX XS-1000i)

"Les valeurs de référence sont automatiquement éditées en fonction de l'âge, du sexe, état physiologique du patient(e)"

Hématies :	4.13	M/mm ³	(3.90–5.40)
Hématocrite :	36.70	%	(35.50–45.50)
Hémoglobine :	12.60	g/dL	(12.00–15.60)
VGM :	89	fL	(80–101)
TCMH :	31	pg	(27–34)
CCMH :	34	g/dL	(28–36)
 Leucocytes :	 6 000	/mm ³	 (3 600–10 500)
Polynucléaires Neutrophiles :	67	%	
Soit:	4 020	/mm ³	(2 000–7 500)
Lymphocytes :	24	%	
Soit:	1 440	/mm ³	(1 000–4 000)
Monocytes :	8	%	
Soit:	480	/mm ³	(<1 100)
Polynucléaires Eosinophiles :	1	%	
Soit:	60	/mm ³	(0–600)
Polynucléaires Basophiles :	0	%	
Soit:	0	/mm ³	(0–150)
 Plaquettes :	 232 000	/mm ³	 (150 000–450 000)
Commentaire :	Hémogramme normal.		

Validé par : Dr. BENMLOUD Loubna

Loubna

Prélèvements à domicile
sur rendez-vous

2007080012 – Mme HATIMI Fatima

Cholesterol non HDL 1.49 g/l

Interprétation des niveaux de non-HDL-C en termes de risque :

- Au dessus de 2.20 g/l (5.7 mmol/L) Est considéré comme très élevé.
- 1.90 -2.19 g/l (4.9 -5.6 mmol/L) est considéré comme élevé.
- 1.60 -1.89 g/l (4.1– 4.8 mmol/L) est considéré comme élevé.
- 1.30 -1.59 g/l (3.4 -4.0 mmol/L) est considéré comme idéal proche.
- Moins de 1.30 g/l (<3.4 mmol/L) est considéré comme idéal pour les personnes à risque de maladie cardiaque.
- En dessous de 1.00 g/l (En dessous de 2.6 mmol/L) est considéré comme idéal pour les personnes à très haut risque de maladie cardiaque.

RCT/HDL	4.55	(0.00–4.50)
LDL-Cholestérol	1.42 g/L	
(Méthode directe selective– KONELAB 30 – Thermo fisher)	3.66 mmol/L	

Valeurs cibles du LDL-Cholestérol selon les recommandations AFFSAPS de mars 2005 :

- 0 Facteur de risque : $LDL < 2,20 \text{ g/L}$ (5,70 mmol/L)
- 1 Facteur de risque : $LDL < 1,90 \text{ g/L}$ (4,90 mmol/L)
- 2 Facteurs de risque : $LDL < 1,60 \text{ g/L}$ (4,14 mmol/L)
- Plus de 2 facteurs de risque : $LDL < 1,30 \text{ g/L}$ (3,36 mmol/L)
- Antécédent de maladie cardiovasculaire avérée : $LDL < 1,00 \text{ g/L}$ (2,58 mmol/L)

Facteurs de risque : Diabète, Tabac, HTA, Obésité, Age>60 ans, HDL < 0,40 g/L, Sédentarité, ATCD de maladie cardiovasculaire familiale.

25OH-Vitamine D total (D2+D3)	13.43 ng/ml	(30.00–100.00)
(Chimiluminescence – COBAS E411– Roche)	34 nmol/L	(75–250)

Résultat techniquement contrôlé sur le même prélèvement.

Interprétation

- Valeurs souhaitables : 30 – 100 ng/ml (75–250nmol/L)
- Insuffisance..... : 10 – 29 ng/ml (25–75 nmol/L)
- Carence.....: < à 10 ng/ml (<25 nmol/L)
- Toxicité.....: > à 100 ng/ml (>250nmol/L)

Validé par : Dr. BENMLOUD Loubna

Loubna



مختبر الصقلی للتحليلات الطبية

Laboratoire SQALLI d'Analyses Médicales

Laboratoire certifié ISO 9001 V.2015



Dr. BENMLOUD Loubna. Médecin biologiste.

Faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca

Diplôme universitaire de qualité en sciences de la santé

Diplôme d'hygiène hospitalière et prévention des infections nosocomiales

7j/7

Prélèvements à domicile
sur rendez-vous

2007080012 – Mme HATIMI Fatima

BILAN ENDOCRINIEN

TSH Ultra-sensible

(ECLIA-Cobas411-Roche) limite de détection: 0.005 µUI/ml)

3.720 µUI/mL

Interprétation:

- Euthyroïdies : 0.27 à 4.2 µUI/mL
- Hyperthyroidie : TSH < 0.1 µUI/mL
- Hypothyroidie : TSH > 5.0 µUI/mL

Nouveau -né: TSH augmente à la 30 minute de vie (80 mUI/L) puis retour à la normale vers 2 – 5 jours. D'où le dosage à partir de J5.

Validé par : Dr. BENMLOUD Loubna