

# 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 mois.

## Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement personnel.



Déclaration de Maladie

N° W19-513637

41859

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 50031

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Amine Hysni

SK0001

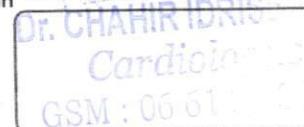
Date de naissance : 1950

Adresse :

Tél. 0661597917 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 22/01/2017

Nom et prénom du malade : HYSNI Amine. Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Nature de la maladie : HTA + DCE

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 la médecine conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. J'avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

ACCUEIL  
020 2020 27 11 11 11

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant la Paiement des Actes
2/6/20	12/6		270,00	INP : 11111111111111111111111111111111 

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie TERRA Dr. K. A. Azzeloum Ouia Hrag 4 Rue 123 N° 123 Tél/Fax: 05 22 93 31 31	21/09/2020	632,70 DH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

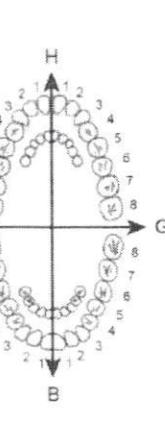
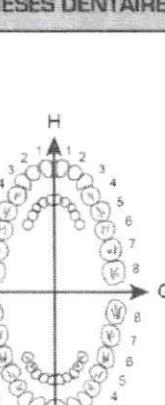
## AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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 prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d'explorations.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>											
					<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>  <b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>  <b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>  <b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>											
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>  <b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>  <b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>  <b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>											
		<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G	00000000	00000000
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G	00000000	00000000														
		<p style="text-align: center;"><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>														

CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX



وصفة  
ORDONNANCE

Le 21/9/2005

Hojnati Addamane.

(mido 3 → 7)

Betecodol 10



1 - 0 - 10.

Dramicin 30



1 - 0 - 0.

103.40



Talini 20



150.40



Nastan el 30



0 - 0 - 1

Pharmacie FERRARA  
Dr. KELA Abdellouni  
Hay Oulja 111aq 4 Rue 123 N°123  
Tel/Fax: 05 22 86 42 05

54.30

Pharmacie FERRARA  
Dr. KELA Abdellouni  
Hay Oulja 111aq 4 Rue 123 N°123  
Tel/Fax: 05 22 86 42 05

632.70

Pharmacie FERRARA  
Dr. KELA Abdellouni  
Hay Oulja 111aq 4 Rue 123 N°123  
Tel/Fax: 05 22 86 42 05

زنقة الضمان - درب غلف - الدار البيضاء - الهاتف 05 22 86 30 20 إلى 27 - فاكس: 05 22 86 42 05  
Rue Addamane - Derb Ghallef - Casablanca - Tél.: 0522 86 30 20 à 27 - Fax: 05 22 86 42 05

15P,40

**VASTABEL 35 mg**

Dichlorhydrate de triméthazidine

60 Comprimés pelliculés



6 118000 100218

**TAHOR 20MG 28 CPS**  
P.P.V : 103DH40

6 118000 250807

Opératrices  
S.A.

**DIAMICRON 30 mg**

Glicazide

30

comprimés à libération modifiée

6 118000 1000

**DIAMICRON 30 mg**

Glicazide

30

comprimés à libération modifiée

6 118000 100072

54,30

**DIAMICRON 30 mg**

Glicazide

30

comprimés à libération modifiée

6 118000 100072

**DÉTENSIEL® 10 mg**

30 comprimés pelliculés sécables



6 118001 101788

PPV : 72,00 DH

Distribué par Cooper Pharma

**DÉTENSIEL® 10 mg**

30 comprimés pelliculés sécables



6 118001 101788

PPV : 72,00 DH

Distribué par Cooper Pharma

**DÉTENSIEL® 10 mg**

30 comprimés pelliculés sécables



6 118001 101788

PPV : 72,00 DH

Distribué par Cooper Pharma

N° IPP :	1166975	N° SEJOUR :	200058284	<b>FACTURE N° 2002014344</b>				DATE D'ENTREE :	21/09/2020	DATE DE SORTIE :	21/09/2020
ASSURE :								DESTINATAIRE :	IJIRAT,Amina		
MALADE :	IJIRAT,Amina				UF:	6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI					
NOM JEUNE FILLE :					N° IMMAT C.N.S.S :						
TIERS PAYANT 1 :					N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :						
TIERS PAYANT 2 :											
REF. PC 1 :					N° SE. SOC. ETRANG. :						
NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE		
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	
CONSULTATION DE MEDECIN.	CSC	1.00	250.00	250.00					0.00	250.00	
CONSULTATION DE CARDIOLOGUE + ECG											

Intervenant :	0172011 DR CHAHIR IDRISI TAIBI (CARDIOLOGUE)	TOTAUX :	250.00							250.00	
Arrêtée la présente facture à la somme de :				PLAFOND PC :						ACOMPTE:	
DEUX CENT CINQUANTE DHS				REMISE:	0.00	REGLE:	250.00			AVOIR:	
				RESTE DU:	0.00						
DATE FACTURE :	21/09/2020	EDITEE LE :	21/09/2020	PAR:	AZEDIN	ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA					N° DE POLICE :	DATE AT :					
Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghalef BANQUE : BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA N° compte bancaire : 011 780 0000 70 210 00 60 028 31											

**LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES GENELAB "Oum Rabiaâ"****Docteur Mohamed BENAZZOUZ****Pharmacien Biogiste**

Téléphone : 05 22 93 10 60/0522905937/ Fax : 05 22 93 10 61

Mobile bureau : 0661763068/Watsapp 0676845202

**Bd.Oum Rabiaâ EL Oulfa (En face siège R.A.M)- Rce Abouab Oum Rabiaâ, Imm "C" - Casablanca,  
genelab2@gmail.com****ICE:001084109000068 - Patente : 35051078 - INPE\_bio : 097163968 - INPE\_lab : 093001394- IF : 51485800****FACTURE****Casablanca , le 28/09/2020****Facture N° 220920-093 du 22/09/2020****MUPRAS****Dr : CHAHIR IDRISI TAIBI**

N°Bon de soin Mle

**Patient :Mme HJIRAT Amina**

Analyses	Valeur en B	Montant
CREATININE	30	26,70
ACIDE URIQUE	30	26,70
CHOLESTEROL TOTAL	30	26,70
LDL- CHOLESTEROL	50	44,50
TRIGLYCERIDES	60	53,40
CLAIRANCE APPROCHEE DE LA CREAT FEMME OU FILLETTE	0	0,00
<b>Total B</b>	<b>200</b>	<b>178,00</b>
<b>APB</b>	<b>1,0</b>	<b>11,51</b>
<b>Total</b>		<b>189,51</b>

*Arrêtée la présente facture à la somme de :**Cent quatre-vingt-neuf dirhams 51 centimes\*\*\**

*LABORATOIRE Génélab  
Oum Rabiaâ  
M. BENAZZOUZ  
Rés. Abouab Oum Rabiaâ El Oulfa - Casablanca  
tél.: 05 22 93 10 60/61 Fax: 05 22 93 10 61  
Patente : 35051078  
ICE : 001084109000068*



مختبر التحاليل الطبية جنلاب "أم الريان"  
**Laboratoire de biologie médicale Génelab**  
**"Oum Rabiaâ"**

Dr. Mohamed BENAZZOUZ  
 Pharmacien Biologiste

الدكتور بنعزوز محمد  
 صيدلي إيجاني

Laboratoire certifié par  
**IMANOR**  
 CERTIFICATION  
 N° 2017 CSMQ.0  
 NM ISO 9001 : 2015

**Compte rendu d'analyses**

Demandé par Dr : CHAHIR IDRISI TAIBI

HOPITAL AL HASSANI 110, Bd Bouchaib Reddad et Bd Oued Sebbou  
 Casablanca  
 Tél : 0522907656 Fax : 0522890554  
 Casablanca  
 Edité le : 28/09/2020

**Mme HJIRAT Amina**

Date naissance: 18/03/1950  
 Code Patient : 18-04835

**DUPLICATA**

INPEGENELAB : 093001394  
 INPE Bio : 097163968  
 IF : 51485800  
 Réf : 220920-093



Heure création: 11:50  
 Heure Plvt : 11:58± 15 min

\*\*\*

Page : 1/2

**ANALYSES DE BIOCHIMIE (SANG)**

			Valeurs Usuelles	Antériorité
CREATININE (Méthode Jaffe/Beckman Coulter AU480)	: 7,19 63,27	mg/l μmol/l	( 5,1 - 9,5 ) ( 44,88 - 83,6 )	
ACIDE URIQUE (M. Enzymatique Uricase Peroxy/Beckman Coulter AU 480)	: 64,04 381,04	mg/l μmol/l	( 26 - 60 ) ( 154,7 - 357 )	47,29 (13/09/18)
CHOLESTEROL TOTAL (M. Enzymatique colorimétrique/Beckman Coulter AU480)	: 2,39 6,17	g/l mmol/l	( Inférieur à 2 ) ( 3,63 - 5,18 )	2,04 (13/09/18)
LDL- CHOLESTEROL (Méthode enzymatique colorimétrique (AU 480))	: 1,53 3,95	g/l mmol/l	( Inférieur à 1,6 ) ( Inférieur à 4,12 )	
TRIGLYCERIDES (M. Enzymatiques/Beckman Coulter AU480)	<b>Résultat</b> <b>contrôlé</b>	: 1,95 2,22	g/l mmol/l	( Inférieur à 1,5 ) ( Inférieur à 1,71 )

**NB :** Le prélèvement a été réalisé après s'être assuré des bonnes conditions de prélèvement.

Cependant, nous tenons à rappeler que le non-respect strict du délai de jeûne, peut (chez certaines personnes prédisposées) donner des valeurs élevées, significatives en comparaison avec l'historique du patient de :

- Triglycerides (++)
- Cholesterol total(+-).

A savoir :

\*Régime normo-lipidique durant les 3 jours qui précèdent le prélèvement

\*Un jeûne d'au moins 12 h

*Duplicata  
22/09/2020  
J.R.*

**BIOCHIMIE - HEMATOLOGIE - BACTERIOLOGIE - VIROLOGIE - IMMUNOLOGIE - PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE - FERTILITE**

شارع أم الريان - الالفة - (أقسام مقر الخطوط الملكية المغربية) - إقامة أبواب أم الريان - عمارة "C" - الدار البيضاء

Bd. Oum Rabiaâ - El Oulfa - (en face siège R.A.M) - Résidence Abouab Oum Rabiaâ, Imm. "C" - Casablanca

INPE : 097163968 - ICE : 001084109000068 - ت.م : Patente : 35051078 - العنوان : 35051078 - Fax. : 05 22 93 10 21

E-mail : genelab2@gmail.com - Tél. : 0522 93 10 60 / 61 / 0522 00 50 27 / 0000 0000



مختبر التحاليل الطبية جنلاب "أم الربيع"  
**Laboratoire de biologie médicale Génelab**  
**"Oum Rabiaâ"**

Dr. Mohamed BENAZZOUZ  
 Pharmacien Biologiste

الدكتور بنعزوز محمد  
 صيدلاني إنجاني

Laboratoire certifié par  
**IMANOR**  
 CERTIFICATION  
 N° 2017 CSMQ.00  
 NM ISO 9001 : 2015

Mme HJIRAT Amina

Dossier N° :220920-093

DUPLICATA 2/2

**ANALYSES URINAIRES**

Valeurs Usuelles

Antériorité

**CLAIRANCE APPROCHEE DE LA CREAT FEMME OU FILLETTE**

CREATININE	:	7,19	mg/l	( 5,1 - 9,5 )
(Méthode Jaffe/Beckman Coulter AU480 )		63,27	μmol/l	( 44,88 - 83,6 )

AGE DU PATIENT ( NB. D'ANNEES ) : 70,00 Ans

Clairance créat selon MDRD femme : 81,00 ml/min ( 80 - 120 )

MDRD = Modification of Diet in Renal Disease

Chez l'homme =  $186 \times (\text{créatinine } (\mu\text{mol/l}) \times 0,0113) - 1,154 \times \text{âge} \cdot 0,203$

$\times 1,21$  pour les sujets d'origine africaine

$\times 0,742$  pour les femmes

Clairance créat /Estimation du DFG:CKD EPI 85,00 ml/min

Le débit de filtration glomérulaire (DFG), exprimé en mL/min/1,73 m<sup>2</sup>, il doit être estimé à partir de la créatininémie par l'équation CKD-EPI (Chronic Kidney Disease Epidemiology collaboration, Levey, 2009).

Classification des stades d'évolution de la maladie rénale chronique

Stade	DFG (mL/min/1,73 m <sup>2</sup> )	Définition
1	= 90	Maladie rénale chronique* avec DFG normal ou augmenté
2	Entre 60 et 89	Maladie rénale chronique* avec DFG légèrement diminué
3A	Entre 45 et 59	Insuffisance rénale chronique modérée
3B	Entre 30 et 44	//
4	Entre 15 et 29	Insuffisance rénale chronique sévère
5	< 15	Insuffisance rénale chronique terminale

*Nous vous remercions de votre confiance et vous souhaitons un bon rétablissement*

Dr. Mohamed BENAZZOUZ

Dr. Meriem HAOUANE

*Duplicata*

**BIOCHIMIE - HEMATOLOGIE - BACTERIOLOGIE - VIROLOGIE - IMMUNOLOGIE - PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE - FERTILITE**

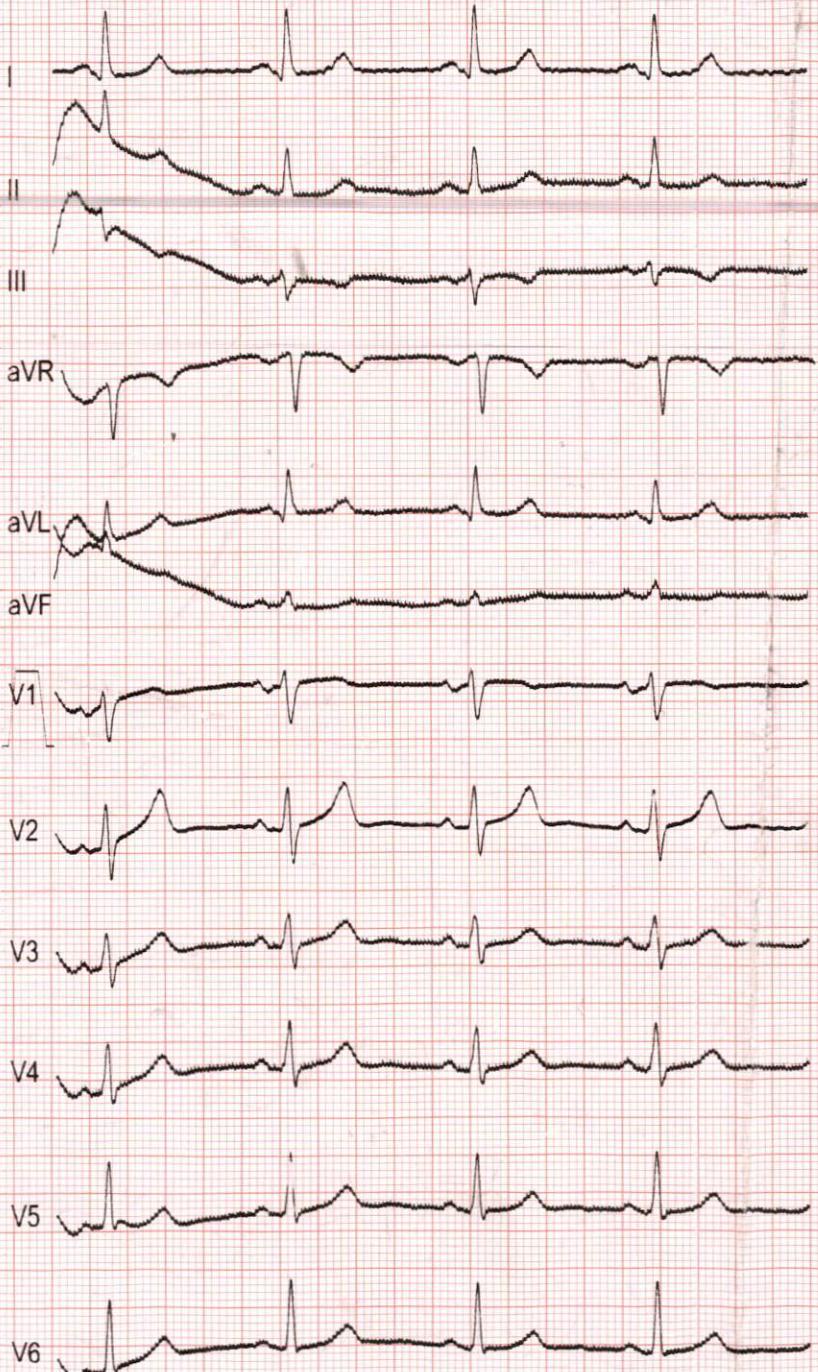
شارع أم الربيع - الالفة - (أمام مقر الخطوط الملكية المغربية) - إقامة أبواب أم الربيع - عمارة تس - الدرالبيضاء

Bd. Oum Rabiaâ - El Oulfa - (en face siège R.A.M) - Résidence Abouab Oum Rabiaâ, Imm. "C" - Casablanca

INPE : 097163968 - ICE : 00108410900068 - ت.م : Patente : 35051078 - Fax. : 05 22 93 10 61

E-mail : genelab2@gmail.com - Tél. : 0522 93 10 60 / 61 / 0522 90 59 37 / 0661 76 30 69 - [www.genelab.com](http://www.genelab.com)

HJIRAT Amin  
27/9/20



## [ Measured Cardiac Rythm Events ]

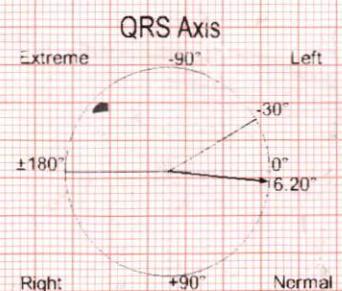
HR: 63bpm PR: 76ms QRS: 122ms QT: 409ms QTc: 417ms QTr: 0.98

RV5: 0.83mV SV1: -0.49mV P/QRS/T/QRST axis: 105.11/6.20/35.52/29.32 deg

## [Interprétation Résumé - Adulte ]

24- Short PR interval. QRS greater than or equal to 120 ms.

Consider ventricular pre-excitation.



0s 1s 2s 3s 4s  
25mm/s 10mm/mV AC60 DF0.25 MF35 LF200

Dérivation de rythme 12.5mm/s 10mm/mV

CARDIPIA 800H Ver. 2.0.81.57-181127S