

**RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR
OBTENIR 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.

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

Reclamation : 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



Déclaration de Maladie

N° P19- 058732

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4675 Société : RAM 47508
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : Scaly Fahmi esher
 Date de naissance : 14/12/69
 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 N° P19-058732

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 :

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



Declaration de Maladie

N° W19-577445

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.

Maladie Dentaire Optique A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4675 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : SCALY Fatim Ezgoula

Date de naissance : 14-12-49

Adresse : 13. Kwam Eddie Toussi - CASABLANCA

Tél. : Total des frais engagés : 2060 + 350 + 3000

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10/11/2020

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Alzheimer

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'at médecin conseil de la Mutuelle.

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

Fait à : Casablanca Le : CASABLANCA / 10/11/2020

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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.

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 10/11/2020 | Cytos | 2000 | 350,80 | INP : 091166883 |

DR. M. ALAABI
 CARDIOLOGUE
 Quartier Bir Anzarane
 Agence INWI
 Téléphone : 21 25 20 87

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| PHARMACIE LES VESSES 164, Bd d'Anazarane Molène Tél: 0522 99 20 88 - Fax: 0522 99 20 87 | 10/11/20 | 350,80 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

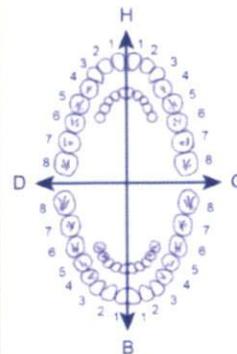
| Cachet et signature du Laboratoire ou du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
| LABORATOIRE D'ANALYSES Médical INWI | 10.11.20 | BUSPAP | 20.600,00 |

AUXILIAIRES MEDICAUX

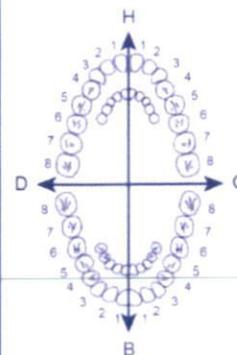
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | |
|--|----------|---|--|-------------------------|----------------------|----------|----------|----------|----------|---|--|----------|----------|----------|----------|-------------------------|--|----------------------|
| | | | | MONTANTS DES SOINS | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | FIN D'EXECUTION | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | |
| DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table> | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | B | | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | COEFFICIENT DES TRAVAUX | | <input type="text"/> |
| H | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| [Création, remont, adjonction] 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'EXE

CABINET DE CONSULTATION ET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES

عيادة فحص وتشخيص أمراض القلب والشرايين

Dr Mohamed Amine LAABI



الدكتور محمد أمين لعبي

CARDIOLOGUE
Cardiologie Générale et Interventionnelle

إختصاصي في أمراض القلب و الشرايين
و علاج القلب التداخلي

10/11/2020

SCALLY FATIMA
EZZOUHRA

113,50 x 3

1 - Clopidogrel 75 mg
1 cp / 1 fois

att
3 fois

10,30

2 - Deliprane 500 mg

2 cp x 3 / 1 si besoin

350,80



PHARMACIE LEVISSSES SARL
164, Bd d'Anzarane Angle Rue
Molénat Casablanca
Tél: 35621913
R.C: 25115564

DR. M. A. LAABI
CARDIOLOGUE
Rés. RIBH "D" Angle Bd Bir Anzarane
Rue Caid El Achtar, (A côté Agence Inwi)
Quartier Maârif - Casablanca
Tél: 05 22 99 20 88 - Fax: 05 22 99 20 87

Résidence RIBH "D" Angle Bd Bir anzarane Rue Caid El Achtar, (A côté Agence Inwi) 1^{er} étage Quartier Maârif - Casablanca

إقامة ربح «د» زاوية شارع بيرانزران وزنقة قائد الأشطر (قرب وكالة انوي) الطابق الأول حي المعارف - الدار البيضاء

Tél : 05 22 99 20 88 - Fax : 05 22 99 20 87 - Urgence : 06 55 12 73 13 - Email : DrAmineLaabi@gmail.com

N° d'autorisation : 11010 - N° de Patente : 35802624

CRONODINE

diltiazem

**LOT: 20078
PER: 03/2023
PPU: 113,50 DH**

30 cápsulas

CRONODINE

diltiazem

**LOT: 20078
PER: 03/2023
PPU: 113,50 DH**

30 cápsulas

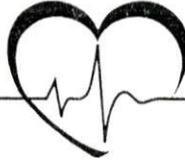
CRONODINE

diltiazem

**LOT: 20078
PER: 03/2023
PPU: 113,50 DH**

30 cápsulas

Dr Mohamed Amine LAABI



الدكتور محمد أمين لعبي

CARDIOLOGUE
Cardiologie Générale et Interventionnelle

إختصاصي في أمراض القلب و الشرايين
و علاج القلب التداخلي

10/11/2020

SCALLY FATINA
RZZOUKRA

1- PCR COVID.

2- Serologie SARS COV2.

3- ~~CRP~~ NFS PG

4- Ured urémine

5- CRP

6- Sclérotines

مختبر التحليلات الطبية
LABIOMED
Laboratoire d'Analyses Médicales
123, Bd. P. Anzarane Quartier Racine
Casablanca - Maroc - Tél: 05 22 99 20 88 - Fax: 05 22 99 20 87

Laboratoire LABIOMED d'Analyses Médicales

LABIOMED -S.N.C. - RC 92541 - IF 01022247 - CNSS 6007670 - Patente 30200179 - ICE 000231012000067
Compte Banque Populaire - 190 / 780 / 21211 5575621 000 3 / 30 / Taha Houcine - Casablanca
122, Bd d'Anfa - Quartier Racine - Casablanca - Tél. : 05 22 48.13.51 / 48.13.86 - Fax : 05 22 48.13.96

Dr Jalil ELMANJRA

Pharmacien Biologiste
Ancien Assistant des Hôpitaux de Dijon
Ancien Interne des Hôpitaux de Strasbourg

Dr Abdelaziz LEMSEFFER

Pharmacien Biologiste
Ancien Interne des Hôpitaux de Besançon
D.I.U. de Biologie de la Reproduction

Bactériologie - Biochimie - Hématologie - Immunologie - Mycologie - Parasitologie - Virologie

Casablanca le 10 novembre 2020

Mme SCALLY FATIME EZZOUHRA

| | |
|------------|-------|
| FACTURE N° | 13991 |
|------------|-------|

| Analyses : | | | |
|-----------------------------------|----|--------------------|----------------|
| Numération formule sanguine ----- | B | 70 | |
| Taux de D-Dimères ----- | B | 500 | |
| Urée ----- | B | 30 | |
| Créatinine sanguine ----- | B | 30 | |
| Protéine C réactive ----- | B | 100 | |
| Sérologie du SARS CoV -2 ----- | B | 210 | |
| PCR du SARS CoV - 2 ----- | B | 490 | Total : B 1430 |
| Prélèvements : | | | |
| Sang----- | Pc | 15 | |
| TOTAL DOSSIER | | 2 060,00 DH | |

Arrêtée la présente facture à la somme de :
Deux Mille Soixante Dirhams

LABIOMED
Laboratoire d'Analyses Médicales
122, Bd. D'Anfa, Quartier Racine
Casablanca - Tél: 05 22 48 13 51 / 86

Insémination • Fécondation in vitro • Micro-injection (ICSI)

Mme SCALLY FATIME EZZOUHRA
Dossier N° : 20606533
Docteur MOHAMED LAABID

Dossier ouvert le : 10/11/20 - Edité le : 11/11/20

Page N° 2/2

BIOCHIMIE

| | | | |
|--|------------------|----------------|----------------------------|
| UREE (Cobas C6000) | : 0,25 : 4,16 | g/l mmol/l | 0,15 à 0,50 2,49 à 8,32 |
| CREATININE (Cobas C6000) | : 8,1 : 72 | mg/l µmol/l | 6 à 13 54 à 117 |
| CRP (Protéine C Réactive) (Cobas C6000 - Technique turbidimétrique) | : 2 | mg/l | < 6 |

VIROLOGIE

Dépistage des Ac anti-SARS CoV-2 : Négatif

(Automate Cobas C6000)

Résultat Positif : Présence d'IgG et absence d'IgM
Résultat Négatif : Absence d'IgG et absence d'IgM

RT-PCR du Génome SARS-CoV 2 (COVID 19) : Absence
(Réactif FTD - SIEMENS)

Amplification des séquences du gène **ORF1ab** codant la polyprotéine pp1ab
et du gène **N** codant la protéine de Nucléocapside

Dr Jalil ELMANJRA

Dr Abdelaziz LEMSEFFER

Insémination • Fécondation in vitro • Micro-injection (ICSI)

Mme SCALLY FATIME EZZOUHRA

Dossier N° : 20606533

Docteur MOHAMED LAABID

Dossier ouvert le : 10/11/20 - Edité le : 11/11/20

Page N° 1/2

HEMATOLOGIE

NUMERATION FORMULE SANGUINE

| | | | | | |
|-------------|---|--------------|-------------------|--|--------------|
| Hématies | : | 4,63 | M/mm ³ | | 4 - 5,4 |
| Hémoglobine | : | 13,9 | g/dl | | 11,5 - 16 |
| Hématocrite | : | 42 | % | | |
| V.G.M. | : | 90,1 | µ ³ | | 80 - 100 |
| C.C.M.H. | : | 33,3 | % | | 30 à 36 |
| T.C.M.H. | : | 30,0 | pg | | 27 à 32 |
| Leucocytes | : | 4 770 | /mm ³ | | 4000 - 10000 |

FORMULE LEUCOCYTAIRE

| | | | | | | | |
|-----------------|---|----------------|------------------|------|--------------|------------------|-----------------|
| P. neutrophiles | : | 62,7 | % | soit | 2 991 | /mm ³ | 2000 à 7500 |
| P. éosinophiles | : | 0,6 | % | soit | 29 | /mm ³ | 20 à 800 |
| P. basophiles | : | 0,4 | % | soit | 19 | /mm ³ | 0 à 200 |
| Lymphocytes | : | 21,2 | % | soit | 1 011 | /mm ³ | 1000 à 4000 |
| Monocytes | : | 15,1 | % | soit | 720 | /mm ³ | 200 à 1000 |
| Plaquettes | : | 176 000 | /mm ³ | | | | 150000 - 500000 |

HEMOSTASE

Taux de **D-Dimères** : **323** ng/ml

(Technique Gold Standard - Automate Vidas 3)

< 500

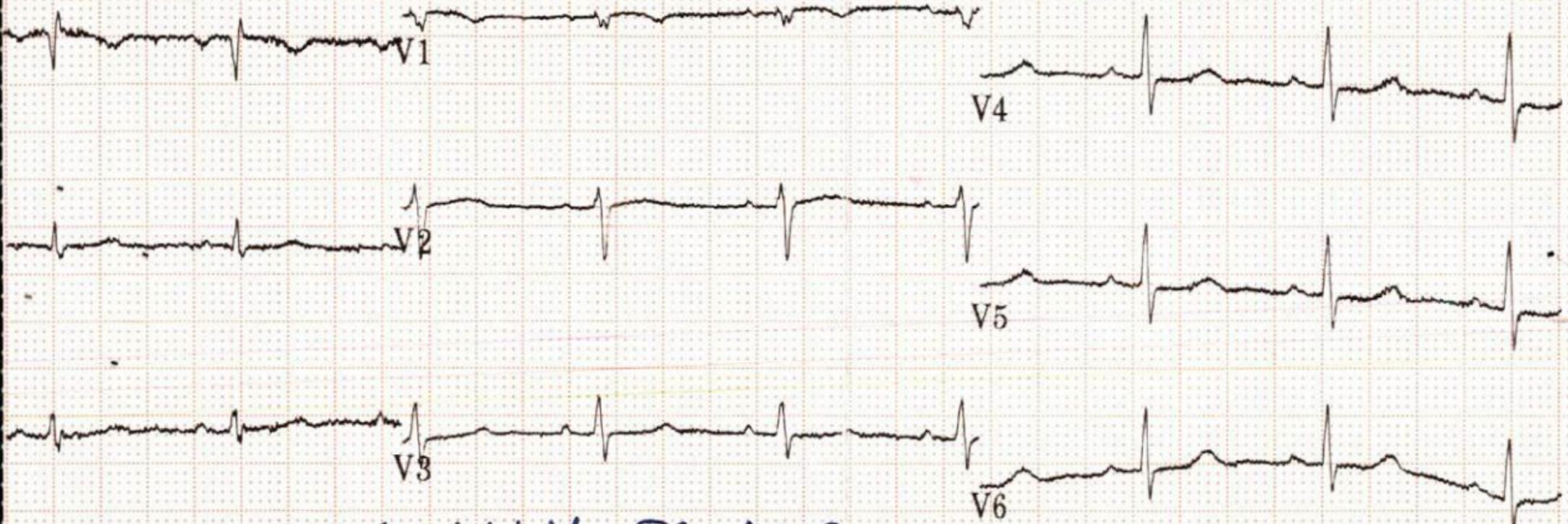
Au delà de 60 ans Seuil = Age x 10

Dr Jalil ELMANJRA

Dr Abdelaziz LEMSEFFER

ID :

10-nov-2020 16:31:17



SCALLY FATINA

результат 2,5s

50Hz

76 bpm



Dr. M. A. LAABI
CARDIOLOGUE

ID :

Rés. RIBH "D", Angle 8r Bir Anzarane
Rue Caid Agoutar, (à côté de Agence INWI)
Quartier Moutaqqil - Casablanca
Tél: 0522 99 20 88 - Fax: 05 22 99 20 87

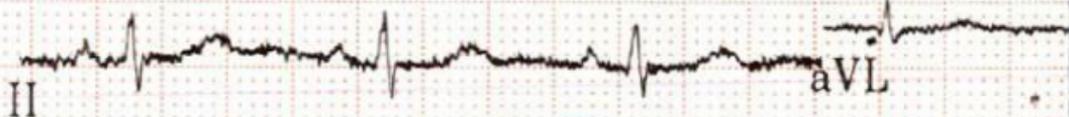
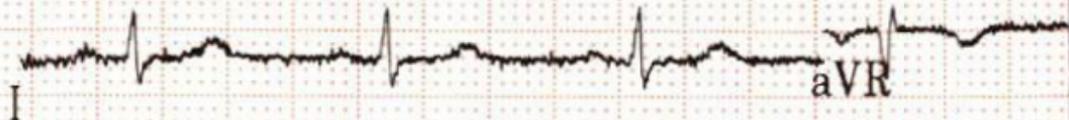
| | |
|---------------|------------|
| Fréq. ventr. | 76 bpm |
| Durée QRS | 76 ms |
| QT/QTc | 372/418 ms |
| Intervalle PR | 142 ms |
| Durée P | 76 ms |
| Intervalle RR | 789 ms |
| Axes P-R-T | 50 15 42 |

MAC600 1.02

12SL™ v239

GE

MAC600 1.02



0.16-150Hz

25.0 mm/s

10.0 mm/mV