

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.

Diagnostique 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

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



Dossier - flev
ND: 49755

Déclaration de Maladie : N° P19-0002939

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12571 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HADER MEHDI Date de naissance : 29/04/1987

Adresse : RESIDENCE CASABLANCA HAYNASSIYI Im 3 Apt 22 KASA

Tel : 0661931211 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Signature du médecin :

Date de consultation : 13/11/2020

Nom et prénom du malade : BAZA KAJAE Age :

Nature 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 : CASABLANCA Le : 01/12/2020

Signature de l'adhérent(e) :

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 13/11/2020 | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
| Pharmacie Nassim Islane Ben Nouar Soumaya Lot. Nassim Islane Lissasfa Liban. Tél: 05 22 93 85 98 | 13/11/2020 | 137,00 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------------|------------------------------|------------------------|
| L.A.M. Riad Tél: 05 37 71 05 06 05 37 53 23 23 05 37 53 23 23 Pat: 25995358 - 3349085 | 13/11/2020 | | |
| | 13/11/2020 | B: 1830 | 2230 DA |

AUXILIAIRES MEDICAUX

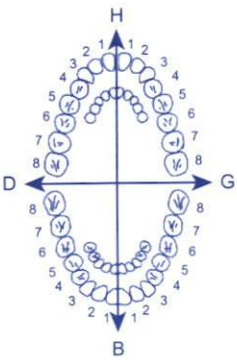
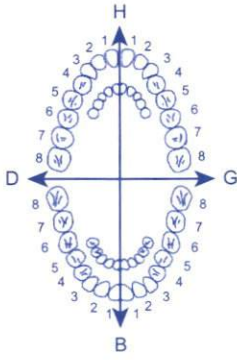
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|------------|---------------------------------|
| | | AM PC M IV | |

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

| 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> | | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | H | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | MONTANTS DES SOINS | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DATE DU DEVIS | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Rabat, le :

13 NOV 2020

Docteur : _____ !

F BAZZA RAJAC

137,02

Phio

19/10

صيدلية النسيم إسسلان
Pharmacie Nassim Islane
Dr. Bennouna Soumaya
318, Lot. Nassim Islane Lissasfa
Casablanca - Tél.: 05 22 93 85 98

Dr. CHENGUIT, ANAS
Spécialiste en Cardiologie
INPE - 101102598
Hôpital Cheikh Zaid
Dernière consultation : 10/01/2025

120 comprimés 11,8 g

Folio®

acide folique 200 µg
iode 150 µg

Complément alimentaire
pour la femme désirant
un enfant, enceinte ou
allaitant



SteriPharm Export

www.steripharm-export.com

Ingrédients : agents de charge : lactose ; antiagglomérant : talc ;
cellulose ; glucose ; antiagglomérant : silice colloïdale anhydre, sels
de magnésium d'acides gras ; acide pteroylmonoglutamique (acide
folique), iodure de potassium

Folio® 120cp P.P.C : 137,00



Rabat, le : 13 NOV 2020

Docteur :

Mme Bayza Rajae

☐ NFS

☐ GAJ

☐ TOXO

☐ RUBEOLE

☐ VDRL . TPHA

☐ Ag HBS

☐ AC / HVC

☐ HIV 1+2

☐ CMV

☐ Groupage ABO + RH

L.A.M. Riad
Tél : 05 37 71 05 06
05 37 57 23 25 - 05 37 71 50 60
Fax : 25995339 - RF : 2349086

Signé :





L.A.M. RIAD

13, Angle Avenue Almelia et rue Meziata - Hay Riad
(City Center - ACIMA) - RABAT
Tél : 05 37 71 05 06 / 05 37 57 23 23 - Fax : 05 37 71 50 60
Site-Web : www.laboriad.ma - E-mail : laboratoriad@gmail.com

FACTURE N° : 201101161

Rabat le 13-11-2020

Mme Rajae BAZZA

Date de l'examen : 13-11-2020

Analyses :

| Récapitulatif des analyses | | | |
|----------------------------|-------------------------------|------|-------|
| CN | Analyse | Val | Clefs |
| PS | Prélèvement sanguin | E20 | E |
| 0216 | Numération formule | B80 | B |
| 0229 | Groupe ABO Rhésus | B60 | B |
| 0283 | VDRL qualitatif | B20 | B |
| 0285 | TPHA qualitatif | B50 | B |
| 0307 | Toxoplasmose IgG | B100 | B |
| 0317 | Hépatite B / Ag HBS | B120 | B |
| 0324 | Hépatite C / Dépistage | B300 | B |
| 0329 | HIV: HIV1+HIV (1+2) dépistage | B200 | B |
| 0343 | Rubéole IgG | B150 | B |
| | Glycémie non à jeun: | B30 | B |
| | CMV IGG : | - | HN |
| | CMV IGM : | - | HN |

Total des B : 1830

TOTAL DOSSIER : 2230.00 DH

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

Handwritten signature and stamp:
L.A.M. Riad
Tél.: 05 37 71 05 06
Fax: 05 37 71 50 60
Date: 25/11/2020 - IF: 3349086



Patente N°: 25995358 - CNSS: 9114357- IF:3349086 RIB:013 810 01214 000040 001 27 94 BMC RYAD NAKHIL -
ICE: 001685262000044 - INPE: 103060877

Edité le 17-11-2020 à 18:02

Prescripteur : **Pr Anas CHENGUITI ANSARI**

EXAMEN du 13-11-2020

Mme BAZZA Rajae

Code Patient :1607222 10

Né(e) le : 14-11-1988



Prélevé le : 13-11-2020

HEMATOLOGIE

(Fluorescence en Cytométrie de Flux sur SYSMEX-XN 1000)

ETUDE DE LA LIGNEE ERYTHROCYTAIRE

| | | | |
|---------------|-------|-------------------|----------------|
| Hématies : | 4.420 | M/mm ³ | (3.80 - 5.400) |
| Hémoglobine : | 13.4 | g/dL | (12.5 - 5.5) |
| Hématocrite : | 40.2 | % | (37.0 - 7.0) |
| VGM : | 91.0 | μ ³ | (82.0 - 8.0) |
| CCMH : | 33.3 | % | (32.0 - 6.0) |
| TCMH : | 30.3 | pg | (>27.0) |
| RDW : | 12.3 | % | (12.0 - 6.0) |

ETUDE DE LA LIGNEE LEUCOCYTAIRE

| | | | |
|----------------------|---------------|-----------------------|--------------------------------|
| Leucocytes : | 10.650 | /mm ³ | (4.000-10.000) |
| Poly. Neutrophiles : | 61.3 | % soit 6 528 | /mm ³ (1 800-7 500) |
| Poly. Eosinophiles : | 0.3 | % soit 32 | /mm ³ (100-400) |
| Poly. Basophiles : | 0.1 | % soit 11 | /mm ³ (<200) |
| Lymphocytes : | 32.7 | % soit 3 483 | /mm ³ (1 000-4 500) |
| Monocytes : | 5.6 | % soit 596 | /mm ³ (200-1 000) |
| Plaquettes | 287 | Mille/mm ³ | (150 - 400) |
| VMP | 10.1 | fl | (6.9 - 10.8) |

IMMUNO – HEMATOLOGIE

Groupe et Phénotype rhésus

Technique en Gel (IH-1000 BIORAD)

Groupe sanguin
Rhésus
Phénotype Rhésus
Facteur Kell

O
Négatif

Groupe et Rhésus

Technique en Gel (IH-1000 BIORAD)

Groupe sanguin
Rhésus

O
Négatif

BIOCHIMIE SANGUINE

GLYCEMIE NON A JEUN

(Méthode Héxokinase-G6PDH Beckman Coulter)

| | | |
|------|--------|---------------|
| 0.80 | g/L | (0.74 – 1.06) |
| 4.44 | mmol/L | (4.11 – 5.88) |

Consensus:

Taux Normal: 0.60 à 1.0 g/L

Diminution de la tolérance au glucose: 1.00 à 1.26 g/L

DIABETE: > 1.26 g/L

(observé sur 2 prélèvements distincts)

IMMUNOLOGIE – SEROLOGIE SANGUINE

SEROLOGIE DES TREPONEMATOSES

VDRL

(Technique Hémagglutination rapide)

Négatif

SEROLOGIE DES TREPONEMATOSSES

TPHA (SERUM)

Négatif

(Technique Hémagglutination passive)

SEROLOGIE DE L'HEPATITE VIRALE B

Antigène HBs

(Chimiluminescence Beckman Coulter)

Indice

(Chimiluminescence Beckman Coulter)

Interprétation : seuil de positivité Indice >1

Négatif

0.41 S/CO

(<0.90)

SERODIAGNOSTIC C.M.V. (Cytomégalovirus)

Dosage des IgM

(Test Elecsys CMV IgM)

0.18 S/CO

Interprétation des IgM : Négatif <0.7 ; Equivoque entre 0.7 et 1 ; Positif >1

Conclusion

Absence d'IgM.

LABORRIAD
CENTRE DE BIOLOGIE RIAD

SERODIAGNOSTIC C.M.V. (CytomégaloVirus)

Dosage des IgG
(Test Elecsys CMV IgG)

1 389.0 U/mL

(Interprétation des IgG : Négatif <0.5 ; Equivoque entre 0.5 et 1.0 ; Positif >1.0)

Conclusion

Présence d'anticorps de type IgG supérieurs au seuil de positivité.
Seules deux déterminations sérologiques à trois semaines d'intervalle permettent une interprétation du titre des anticorps.

SERODIAGNOSTIC DE L'HEPATITE C

Anticorps anti-H.C.V.
(Chimiluminescence Beckman Coulter)

Négatif

Indice

0.03 S/CO (<0.10)

(Chimiluminescence Beckman Coulter)

Interprétation : Négatif < 0,9 / Equivoque entre 0,9 et 1 / Positif > 1

SERODIAGNOSTIC HIV 1 & 2

Dépistage Anti V.I.H. 1, 2 et Ag P24: Négatif
(Chimiluminescence Beckman Coulter)

Indice

0.29 S/CO

Interprétation : Négatif < 0,9 / Equivoque entre 0,9 et 1 / Positif > 1

SERODIAGNOSTIC DE TOXOPLASMOSE

Taux des IgG

(Chimiluminescence Beckman Coulter)

<1.0 UI/mL

Interprétation des IgG : Négatif < 7,5 / Equivoque entre 7,5 et 10,5 / Positif > 10,5

Conclusion:

Absence d'immunité. Surveillance mensuelle au cours de la grossesse.

SERODIAGNOSTIC DE LA RUBEOLE

Taux des IgG

(Chimiluminescence Beckman Coulter)

158 UI/mL

Un résultat > 15 UI/mL est considéré comme positif pour les IgG anti-rubéole.

Conclusion :

Présence d'anticorps spécifiques.
A confronter au contexte clinique.
Seules deux déterminations sérologiques à trois semaines d'intervalle permettent une interprétation du titre des anticorps.

Demande validée biologiquement par Dr. Jalil ELATTAR



Dr. Jalil ELATTAR
13, Angle Avenue Almela et rue Meziata - Hay Riad
Tél: 05 37 71 05 06 / 05 37 57 23 23
Fax: 05 37 71 50 60

Royaume du Maroc

Hôpital Cheikh Zaïd

Hôpital Universitaire International



Service Admission/Facturation

Consultation le : 13/11/20 A Quittance N°

IPP : 1 408 012 N° de dossier : A202800598

Patient : BAZZA RAJAE

Montant : 400,00 Dh (quatre cents et xx / 100)

Mode de paiement : Espece

Date d'encaissement : 13/11/2020

Description : *Ech*

Medecin : E0239 CHENGUITI ANSARI ANAS

Motif : HOPITAL DE JOUR

Paiement effectué à la CONSULT CAISSE 1

Le reliquat éventuel sur les avances est restitué du lundi au vendredi de 8h30 à 18h00 et le samedi de 8h30 à 12h00.

Délai du résultat Test COVID-19 à partir de 48 heures.

المملكة المغربية

مستشفى الشيخ زايد

مستشفى جامعي دولي

HCI

2 292 653

DI : 2 602 778

Assurance

CLIENTS PAYANTS

Cachet du caissier :

N° 1669979

Royaume du Maroc

Hôpital Cheikh Zaïd

Hôpital Universitaire International



المملكة المغربية

مستشفى الشيخ زايد
مستشفى جامعي دولي

Service Admission/Facturation

H02

2 292 651

Consultation le : 13/11/20 A Quittance N°

IPP : 1 408 012 N° de dossier : C202797979

DI : 2 602 774

Patient : BAZZA RAJAE

Montant : 300,00 Dh (trois cents et xx / 100)

Mode de paiement : Espece

Date d'encaissement : 13/11/2020

Description :

Medecin : C0239 CHENGUITI ANSARI ANAS

Motif : CONSULTATION EXTERIEURE



Assurance

CLIENTS PAYANTS

Paiement effectué à la CONSULT CAISSE 1

Cachet du caissier :

Le reliquat éventuel sur les avances est restitué du lundi au vendredi de 8h30 à 18h00 et le samedi de 8h30 à 12h00.

Délai du résultat Test COVID-19 à partir de 48 heures.

N°1669978