

RÉCOMMANDATIONS 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 6 mois.

Adresses Mails utiles

- | | |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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.

N° W19-519714

50967

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 0944	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : 09.01.1930			
Date de naissance : HALIM NY ABDEL Mjid			
Adresse : Casp / ALICHA RAF II - n° 91, Sidi Maârouf			
0698.33.54.57 Total des frais engagés : 10264.40 Dhs			
Tél. : 0522.32.19.99			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Dr. Sihem BELAÏD			
Date de consultation : 27/10/2022			
Nom et prénom du malade : ZITOUNI HICEBI			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
HTA			
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

Signature de l'adhérent(e)

Le : / /



RELEVE 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
17.10.2020	Opérations	2500H	INP : 001090186	<i>[Signature]</i>
				<i>[Signature]</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>[Redacted Seal]</i>	27/10/2020	774,40

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				INP : [Redacted]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

H	25533412 00000000	G	21433552 00000000
D	35533411	B	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Siham BELAICHE

Spécialiste des maladies
du cœur et des vaisseaux

Explorations
Cardio Vasculaires



د. سهام یاعیش

أختصاصية في أمراض القلب والشرايين

استكشاف أمراض القلب والشرايين

2c27152023

زاوية شارع ابن تاشفين وابن العدراء المراكشي . إقامة فاطمة الزهراء II الطابق الثالث رقم 5
فوق أسيما (BMCE) - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 61 11 33

Angle Bd Ibn Tachefine et Ibn El Adraa El Mourakouchi, Résidence Fatima Zahra II 3ème étage N° 5
Casablanca (au dessus de Acima et BMCE) - Tél. : 05 22 61 11 33

Alpraz® 0,5 mg

28 comprimés sécables



6 118000 020530

LOT 200906 1

EXP 04 2023

PPV 35.70

Alpraz® 0,5 mg

3 comprimés sécables



6 118000 020530

LOT

EXP

PPV

201593 1

2023

35.70

PPV:164DH70



5 391189 330381

PPV:164DH70



5 391189 330381

LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V :34DH60

6 118000 060468

Alpraz® 0,5 mg

28 comprimés sécables



6 118000 020530

LOT

EXP

PPV

201643 1

07 2023

35.70

Alpraz® 0,5 mg

28 comprimés sécables



6 118000 020530

LOT

EXP

PPV

201642

07 2023

35.70

valable 3 mois

Le 27/10/2002

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. : Zi Fouima Kebira

Présente HTA A VTA

Nécessitant un traitement d'une durée de :
3 mois

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

Dr. Sihem BELAICHE
Cardiologue
Angio. Bd. Ibn Rachefine et Adraç
El Héouan 10000 Casablanca
Tél. 0522 211 11 11

Date du prélèvement : 16-09-2020 à 09:15
 Code patient : 1909272011
 Né(e) le : 22-03-1932 (88 ans)



Mme Kebira ZITOUNE EP HALMONY
 Dossier N° : 2009162008
 Prescripteur : Dr SIHAM BELAICHE

(**) : ..

Prise de sang: **

HEMATOLOGIE

NUMERATION GLOBULAIRE(Sysmex XT-1800i)

27-12-2019

Leucocytes **	9.34	G/L	(3.90-10.20)	9.35
Hématures **	4.31	T/L	(3.85-5.20)	4.60
Hémoglobine **	12.9	g/dL	(11.8-15.8)	13.7
Hématocrite **	37.1	%	(35.0-45.5)	39.6
V.G.M **	86.1	fL	(80.0-101.0)	86.1
T.C.M.H **	29.9	pg	(27.0-34.0)	29.8
C.C.M.H **	34.8	g/dL	(30.0-36.0)	34.6

FORMULE LEUCOCYTAIRE(Sysmex XT-1800i)

Poly. Neutrophiles **	49.6	%	52.4
Soit **	4.63	G/L	(1.50-7.70)
Poly. Eosinophiles **	3.7	%	2.6
Soit **	0.35	G/L	(0.02-1.10)
Poly. Basophiles **	0.2	%	0.2
Soit **	0.02	G/L	(<0.35)
Lymphocytes **	42.3	%	40.7
Soit **	3.95	G/L	(>1.00)
Monocytes **	4.2	%	4.1
Soit **	0.39	G/L	(0.10-2.70)
PLAQUETTES(Sysmex XT-1800i) **	276	G/L	(150-450)

PLAQUETTES(Sysmex XT-1800i) **

Commentaire : **

Numération formule sanguine normale

BIOCHIMIE SANGUINE GÉNÉRALE ET SPÉCIALISÉE

Aspect du sérum à 4°: **

Limpide

22-07-2020

- Acide Urique
 (Dosage enzymatique) **

80 mg/L
 (26-60)

68

- Urée
 (Urease sur AU480)

0.39 g/l
 6.49 mmol/L
 (0.15-0.55)
 (2.50-9.16)

22-07-2020

- Crétaténine **
 (Test colorimétrique enzymatique)

7.4 mg/L
 65.5 µmol/L
 (5.0-12.0)
 (44.3-106.2)

9.5

2009162008 – Mme Kebira ZITOUNE EP HALMONY

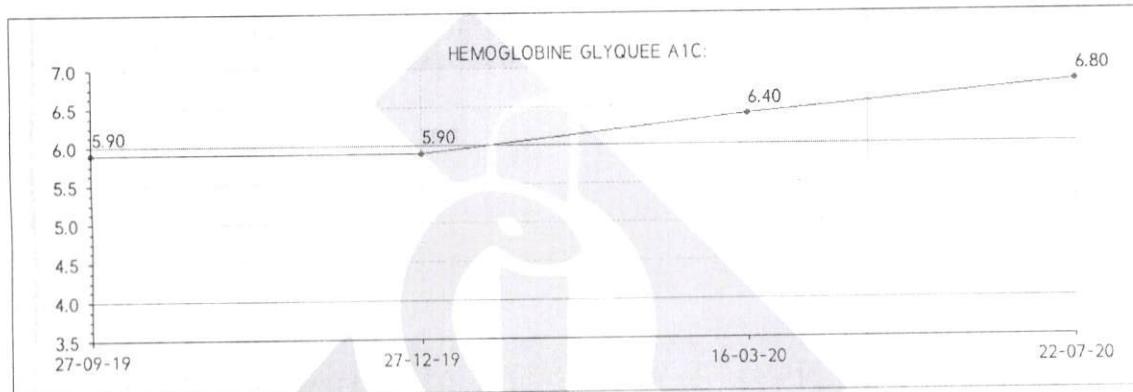
22-07-2020

HEMOGLOBINE GLYQUEE A1C:
 (Méthode de Référence: HPLC sur GX 723) **

6.5 % (4.0–6.0)

6.8

*Patient non diabétique : 4-6 %
 Objectif de thérapie : < 7 %
 Modification de thérapie: > 8 %*



– Cholestérol total
 (Méthode: CHOD-PAP)

2.60 g/l (<>2.20)
 6.73 mmol/L (<>5.69)

– HDL-Cholestérol **
 (Méthode: Immuno inhibition)

0.42 g/L (>0.35)
 1.09 mmol/L (>0.91)

– LDL-Cholestérol **

1.71 g/L (<1.50)
 4.42 mmol/L (<3.88)

Concentrations "Cibles" de LDL-Cholestérol à atteindre en fonction du nombre de facteurs de risque cardiovasculaire :

Patient à haut risque cardiovasculaire*	3 facteurs de risque	2 facteurs de risque	1 seul facteur de risque	Aucun facteur de risque
< 1,0 g/l	< 1,3 g/l	< 1,6 g/l	< 1,9 g/l	< 2,2 g/l

* ATCD de maladie cardiovasculaire, diabète de type 2 à haut risque, risque élevé de survenue d'un événement coronarien dans les 10 ans.

– Triglycérides
 (Méthode: GPO-PAP)

2.34 g/l (<>2.00)
 2.64 mmol/L (<2.26)

Acceptable : < 2.0 g/l
 Limite haute : 2.0-4.0 g/l
 Elevée : > 4.0 g/l

– Protéine C-réactive (CRP)
 (Immunoturbidimétrie) **

7.6 mg/L (0.0-5.0)

(**) : .

Dr. Aziz MOTAOUAKKIL

- Pharmacien Biogiste Diplômé de la Faculté de Pharmacie de Lyon

- Ex Interne des Hôpitaux de Lyon

- Diplôme de Biologie de la Reproduction de Besançon

Hématologie - Bactériologie - Parasitologie - virologie - Biochimie - Immunologie

P M A (Biologie de la Reproduction : IAC - FIV - ICSI)

2009162008 – Mme Kebira ZITOUNE EP HALMONY

Validé par le biologiste

*Dr. AZIZ MOTAOUAKKIL
Laboratoire EVOLULAB
187 Boulevard Ibnou Sina - Hay El Hana - Casablanca
Tél. : 05 22 95 03 34 - Fax : 05 22 94 77 45 - E-Mail : evolulab@hotmail.com
RC : 267035 - ICE : 001666539000001*



SEP. 14 2020 15:33
ID= AGE=

AC, DERIVAT

I



II



III



aVR



aVL

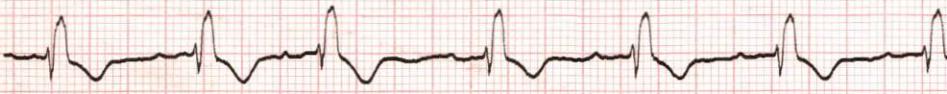


aVF



35.151

v1



v2



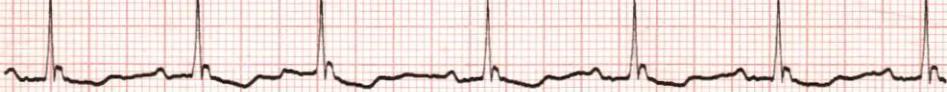
v3



v4



v5



v6



ZiTouME ICE-BiRA

Kenz Cardico [210 V-3.50]