

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 6 mois.

Adresses Mails utiles

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-09 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° W21-605076

5885

| | | |
|---|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique |
| Cadre réservé à l'adhérent(e) | | |
| Matricule : 06462 | Société : Moroccan Slots Gondwan | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre |
| Nom & Prénom : KHOUSSEY BOUCHRA | | |
| Date de naissance : 06/02/1961 | | |
| Adresse : Res. Polo n° 46 Bd La Saone Polo CASABANCA | | |
| Tél. : 0662153913 | Total des frais engagés : 660,00 Dhs | |

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

| | | |
|---|--|--|
| Cadre réservé au Médecin | | |
| Cachet du médecin : | | |
| Date de consultation : 19/11/2021 | | |
| Nom et prénom du malade : KHOUSSEY BOUCHRA Age : 60 | | |
| Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant | | |
| Nature de la maladie : metatarsopathie | | |
| 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 : **08/11/2021**

Signature de l'adhérent(e) :

| 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 |
| 19/11/2021 | Echographie pelvienne | 380,00 | | INP 091005242 <i>[Signature]</i> |

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|--|------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| | | |
| | | |
| | | |

| ANALYSES - RADIGRAPHIES | | | |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
| <i>[Signature]</i> | 23/11/21 | B 238 | 310,140 |
| | | | |
| | | | |

| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | | |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|---------------------------------|
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | Montant détaillé des Honoraires |
| | | A M | P C | I M | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

VOLET ADHERENT

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

| 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'ODF. | | | | |
| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/> |
| | | | | |
| COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | | | | |
| MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | |
| DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> | | | | |
| FIN D'EXECUTION <input type="text"/> | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | <input type="text"/> |
| | | | H | 25533412 21433552 00000000 00000000 00000000 00000000 35533411 11433553 |
| [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | G | <input type="text"/> |
| 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'EXECUTION | |

Dr. Daniele DUVIGEANT MESTASSI
Diplômée de la Faculté de Médecine de Montpellier
Ancienne Interne des Hôpitaux de Perpignan
GYNÉCOLOGIE - OBSTÉTRIQUE
ECHOGRAPHIE

4, Place Maréchal
1er étage - Casablanca

Tél : 05 22 27 69 05 / 05 22 27 75 50
Gsm : 06 66 62 81 27 - Fax: 05 22 20 40 24

(Sur Rendez - Vous)

الدكتورة دانييل دفيجان مستاضي
خريجة كلية الطب بمونبولييه
داخلية قديمة بمستشفيات بربينيان
اختصاصية في أمراض النساء والتوليد
الكشف بالموجات فوق الصوتية

ساحة مارشال
الطابق الأول - الدار البيضاء

الهاتف : ع : 05 22 27 69 05 / 05 22 27 75 50
المحمول (ع) : 06 66 62 81 27 - الفاكس : ع : 05 22 20 40 24
(بالموعد)

Le: 19-1-2021

Mme Khoujati Bouchra

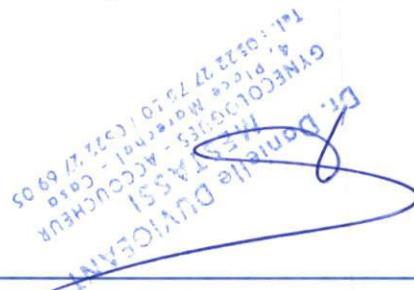
Echographie pelvienne →

ATCD métrométrie 41. moy en octobre

- mens d'endométrium de 14 mm
endométrium à 7,9 mm recouvrant

une vésiculeux au stéatoscopie

+ Banda



Dr. Danièle DUVIGEANT MESTASSI
Diplômée de la Faculté de Médecine de Montpellier
Ancienne Interne des Hôpitaux de Perpignan
GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE
ECHOGRAPHIE

4, Place Maréchal
1er étage - Casablanca

Tél : 05 22 27 69 05 / 05 22 27 75 50
Gsm : 06 66 62 81 27 - Fax: 05 22 20 40 24

(Sur Rendez - Vous)

الدكتورة دانييل دفيجان مستassi
خريجة كلية الطب بمونبولييه
داخلية قديمة بمستشفيات بربينيان
إختصاصية في أمراض النساء والتوليد
الكشف بالموجات فوق الصوتية

4 ساحة مارشال
الطابق الأول - الدار البيضاء

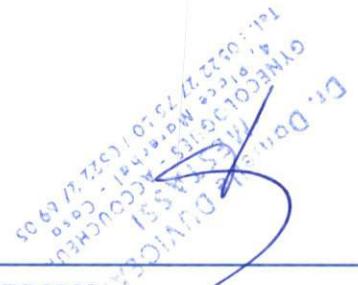
الهاتف : ع : 05 22 27 69 05 / 05 22 27 75 50
المحمول : ع : 06 66 62 81 27 - الفاكس : ع : 24

(بالموعد)

Le : 19/11/2021

Mme Khatijah Boufouco

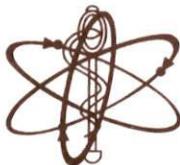
- NRS Papette
- TL TK
- une glycémie



EN CAS D'URGENCE : CLINIQUE LES IRIS
13, Place Nid d'Iris - Quartier Racine - Tél.: 05 22 39 25 30

Anoual

Laboratoire de Biologie médicale
 Génétique moléculaire
 Radio immuno-analyse
 Diagnostic Prenatal
 Biologie de la Reproduction



مختبر أنوال

Docteur Jamel FEKKAK

Radio-biologiste
 Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris
 Diplômé de l'Université Paris VII
 et de l'Institut Pasteur de Paris
 Biologiste Qualifié

FACTURE N° 2101230009

Mme Bouchra KHOUJAHI

Demande N° 2101230009

Date de l'examen : 23-01-2021

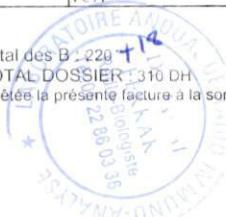
Analyses :

Récapitulatif des analyses

| CN | Analyse | Val | Clefs |
|------|-------------------------|-----|-------|
| PSAD | Prélèvement sang adulte | E25 | E |
| | Urée | B30 | B |
| | Glycémie à jeun | B30 | B |
| | NF | B80 | B |
| | TP | B40 | B |
| | TCA | B40 | B |

Total des B 1220 + 12
 TOTAL DOSSIER 1310 DH

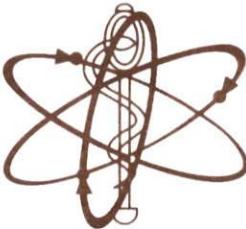
Arrêtez la présente facture à la somme de trois cent dix dirhams DH



Il est Strictement Interdit de Changer les Noms,
 Prénoms et les Dates des Analyses.

Anoual

Laboratoire de Biologie medicale
Genetique moleculaire
Radio immuno-analyse
Diagnostic Prenatal
Biologie de la Reproduction



مختبر أنوال

Docteur Jamal FEKKAK

Radio-biologiste

Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris
Diplômé de l'Université Paris VII
et de l'Institut Pasteur de Paris
Biogiste Qualiticien

Mme Bouchra KHOUJAHY

Né(e) le : 06-02-1961

Dossier N° : 2101230009

Date de l'examen : 23-01-2021

Prélevé le : 23-01-2021 08:12 en interne

Édité le : 23-01-2021

DR : Daniele DUVIGEANT

Adresse : 4 PLACE MARECHAL CASABLANCA

Page 1 / 2



ACCREDITATION
N° 8-3245
Portée disponible sur
www.coefrac.fr

Seules certaines prestations rapportées dans ce document sont couvertes par l'accréditation. Elles sont identifiées par le symbole [AC].

HEMATOCYTIOLOGIE

Hémogramme

Cytométrie de flux sur ABX Pentra (échantillon primaire : sang total EDTA)

06-09-2017

| | | | | |
|-------------------------------|------|--------------------------|--------------|------|
| Leucocytes [AC] | 8.20 | milliers/ μ l | (4.00–10.00) | 7.60 |
| Hématies : [AC] | 5.02 | millions/ μ l | (3.80–5.80) | 4.93 |
| Hémoglobine : [AC] | 15.0 | grs/dL | (11.5–16.0) | 15.2 |
| Hématocrite : [AC] | 44.0 | % | (37.0–47.0) | 42.7 |
| VGM : [AC] | 88.0 | μ 3 | (80.0–100.0) | 87.0 |
| TCMH : [AC] | 29.9 | pg | (27.0–32.0) | 30.7 |
| CCMH : [AC] | 34.0 | g/dl | (32.0–36.0) | 35.5 |
| RDW : [AC] | 13.6 | % | (11.0–16.0) | 14.3 |
| Polynucléaires Neutrophiles : | 50.8 | % | | 47.0 |
| Soit: | 4.17 | milliers/mm ³ | (2.00–7.50) | 3.57 |
| Polynucléaires Eosinophiles : | 10.1 | % | | 7.0 |
| Soit: | 0.83 | milliers/mm ³ | (0.00–0.50) | 0.53 |
| Polynucléaires Basophiles : | 0.5 | % | | 1.0 |
| Soit: | 0.04 | milliers/mm ³ | (0.00–0.20) | 0.08 |
| Lymphocytes : | 36.2 | % | | 39.0 |
| Soit: | 2.97 | milliers/mm ³ | (1.00–4.00) | 2.96 |
| Monocytes : | 2.4 | % | | 6.0 |
| Soit: | 0.20 | milliers/mm ³ | (0.20–1.00) | 0.46 |
| Plaquettes : [AC] | 270 | milliers/ μ l | (150–500) | 245 |

HEMOSTASE

(échantillon primaire : plasma citraté)

TAUX DE PROTHROMBINE

| | | |
|--|------|------|
| Temps de Quick Patient: [AC] | 14.2 | sec. |
| Temps de Quick Témoin: [AC] | 13.3 | sec. |
| Taux de Prothrombine [AC] (STAGO Satellite) | 90 | % |
| TCA Temps patient [AC] (STAGO Satellite) | 28.6 | sec. |
| TCA Temps témoin [AC] | 30.0 | sec. |

14.2 sec.

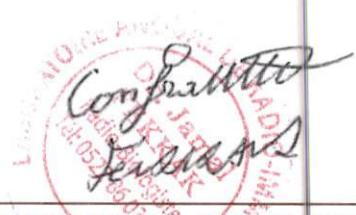
13.3 sec.

(70–100)

28.6 sec.

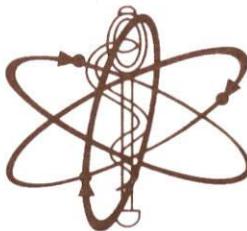
(24.0–35.0)

30.0 sec.



Anoual

Laboratoire de Biologie medicale
Genetique moleculaire
Radio immuno-analyse
Diagnostic Prenatal
Biologie de la Reproduction



مختبر أنوال

Docteur Jamal FEKKAK

Radio-biologiste

Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris
Diplômé de l'Université Paris VII
et de l'Institut Pasteur de Paris
Biologiste Qualiticien

Mme Bouchra KHOUJAHY

Né(e) le : 06-02-1961

Dossier N° : 2101230009

Date de l'examen : 23-01-2021

Prélevé le : 23-01-2021 08:12 en interne

Édité le : 23-01-2021

DR : Daniele DUVIGEANT

Adresse : 4 PLACE MARECHAL CASABLANCA

Page 2 / 2



ACCREDITATION
N° 8-3245
Portée disponible sur
www.coefrac.fr

Seules certaines prestations rapportées dans ce document sont couvertes par l'accréditation. Elles sont identifiées par le symbole [AC].

BIOCHIMIE SANGUINE

17-02-2020

1.23

Glycémie à jeun [AC]
(HK/G6PDH- Cobas 6000® Roche)

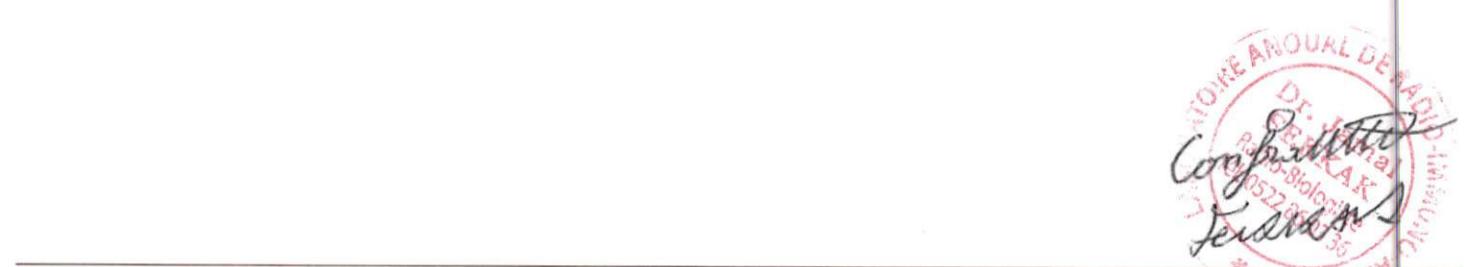
1.20 g/l
6.66 mmol/l

19-07-2018

0.27

Urée [AC]
(Urease/GLDH-Cobas 6000® – Roche)

0.37 g/l
6.16 mmol/l



MEDISON

DR DUVIGEANT MESTASSI

Adnexa

IP527D

6.0cm

IM 0.96
Gen

ITm 0.3

19-01-2021
11:22:19

[20] GYN-95dB MED-ENHANCE

