

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

- 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.

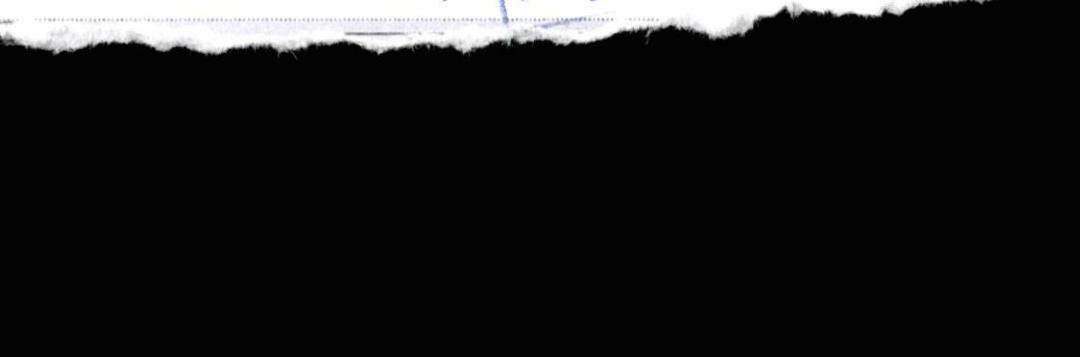
N° W19-439350

66895

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input checked="" type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 02508		Société : DARM	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : HAMO ABD 4/Abdessa H111			
Date de naissance : 01-01-1954			
Adresse : 71, passage 6-Hassan EL Kanafan, Hay Aïm, RA Béni Mellal			
Tél. : 0635626892 Total des frais engagés : 2031-dhs Dhs			

Cadre réservé au Médecin		DR. EL MOUTASSIL Tousia
		Cardiologue
Cachet du médecin :		4, Rue Okba Bnou Nezha 1er étage - BERRECHID Tél C 022 32 47 92 - D 02 31
Date de consultation : 01/03/2021		Age:
Nom et prénom du malade : KHAILA - JAMILA		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie : Hypertension artérielle		
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 : Béni Mellal
Signature de l'adhérent(e) : 
Le : 07/03/2021



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
10/3/21	CS		250.24	INP : 0610581897

EXECUTION DES ORDONNANCES

INVENTAIRE DES CHÉQUES BANCAIRES		
Numero du Chèque	Date	Montant de la Facture
ASMOU	04/03/21	481,60

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

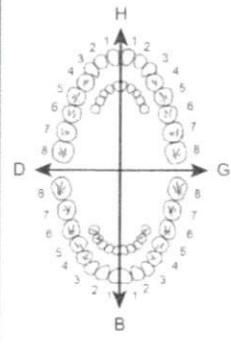
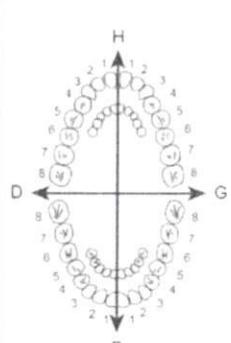
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODP.

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																	
		<table 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></td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">D</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">00000000</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">35533411</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> </tr> </table>		H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B	G			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		H	25533412	21433552																
			00000000	00000000																
		D	00000000	00000000																
			35533411	11433553																
B		G																		
				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. Touria EL MOUTASSIL

Cardiologue - Diplômée de la Faculté de Médecine de Tours (France)

Maladies du Coeur et des Vaisseaux
Echo-Doppler Cardiaque - Holter ECG
et Holter T.A. Epreuve d'effort



توصيل

والشرايين



خريجة كلية الطب بتور (فرنسا)
الفحص بالأملاح فحة الصوتية

Berrechid, Le:

DR. EL MOUTASSIL
4, Rue Okba Bnou N
1er étage - BERRECHID
Tél C. 022 32 47 92 - D. 022

في:

6x 72, KHAILA - JAMI

- Détenstiel g 1

QSP 3 mois.
49,60

- Dr. Cure forte: ja-
be methin au lieu du

aboite

Ts 481,60

PHARMACIE ARAFAT
ASMOUN Samir
Docteur en Pharmacie
12, Rue ASSALAM Hay Al Houda
BERRECHID
Tél. 05 22 32 84 92

Dr. EL MOUTASSIL
Cardiologue
4, Rue Okba Bnou N
1er étage - BERRECHID
Tél C. 022 32 47 92 - D. 022



PPV: 49,60 DH
LOT: 2012
EXP: 10/2023

إقامة رياض زنقة ابن خلدون برشيد - الهاتف : 05 22 32 47 92

Résidence Riad, Rue Ibn khaldoune - Berrechid - Tél. : 05 22 32 47 92 - ICE : 001744963000063

Dr. EL MOUTASSIL Touba
Cardiologue
4, Rue Okba Bnou Naf
1er étage - BERRECHT
Tél C 022 32 47 92 - D 022 32

Bilan Biologique

Le : 06/03/21

Nom/Prénom : KHAILA JAHILA Age : Sexe : H F

Hématologie

- NFS
- Plaquettes
- VS
- CRP
- Hémoculture

Bilan martial

- Fer sérique
- CTF
- Ferritine
- Transferrine

Hémostase

- Temps de Prothrombine
- TCK
- Fibrinogène
- INR

Glucose

- Glycémie à jeun
- Hyperglycémie par VO
- Hémoglobine glyquée

Ionogramme sanguin

- Na+
- K+ *Sans garant*
- Cl+
- Ca++
- Phosphore
- Mg++
- Bicarbonates (HCO3-)
- Urée
- Crétatine
- Acide urique

Autres : vit D2 D3

Bilan lipidique

- Cholestérol total
- Cholestérol HDL
- Cholestérol LDL
- Triglycérides

Fonction hépatique et enzymologique

- Amylasémie
- Bilirubine libre et conjuguée
- Phosphatases acides
- Phosphatases alcalines
- Lactate Déshydrogénase LDH
- Transaminases ASAT, ALAT
- Gamma-GT
- 5'Nucléotidase
- CPK (Créatine Phosphokinase)
- Troponine
- Electrophorèse des protéines EPP
- BNP

Ionogramme urinaire

- Ca++
- Phosphore
- Na+
- K+
- Cl+
- Urée
- Crétatine

Examen des urines

- Protéinurie des 24h
- ECBU
- Antibiogramme

Dr. EL MOUTASSIL Touba
Cardiologue

4, Rue Okba Bnou Naf
1er étage - BERRECHT
Tél C 022 32 47 92 - D 022 32

- Facteur Rhumatoïde :
(Latex, Waaler Rose)
- Anticorps anti-nucléaires
- Anticorps anti-DNA natif
- ASLO
- Dosage du Complément

*ANALYSE URINAIRES
LABORATOIRE CENTRAL
Abdelhafid HANAFI
Pharmacie Biologique
Centre de*

FACTURE N°: 21001933

BERRECHID : 08/03/2021
Nom et Prénom : Madame Jamila KHAILA
Prescripteur : Dr. EL MOUTASSIL Touria

Bilan :

NFS B80+ VS B30+ GLY B18+ HBAC B100+
 K B30+ URE B35+ CREA B35+ AUR B30+
 CHOL B30+ TRIG B40+ HDL B30+ LDL B35+
 CRP B80+ GOT B50+ GPT B50+ GGT B50+
 MALB B120+ VITD B300+

Montant Net : 1300,00 Dhs

Arrêtée la présente facture à la somme de:
Mille trois cents Dirhams et zéro centime

Dr. A HAWAZINE

LABORATOIRE CENTRALERRAZI
 BERRECHID
 Dr Abdelhame HAWAZINE
 Pharmacien Biologiste



INPE 063060990

Dr. EL MOUTASSIL Touria

Date du prélèvement : 08/03/21

Dossier édité le : 08/03/2021

Code Patient : 100965



0803028

Mme KHAILA Jamila

Page : 3 / 3

Prélèvement Effectué au Laboratoire

080321 028

TRANSAMINASES ALAT (GPT) ... : 19 UI/l à 37°C (< à 34)

GAMMA G.T. (GGT) : 43,00 UI/l à 37°C (< à 40)

CHIMIE URINAIRE

KONELAB 20i

Valeurs de référence

Antécédents

Micro-albuminurie . : 4,90 mg/L (< à 20)
(Sur échantillon urinaire)

VITAMINES

MAGLUMI 2000

Valeurs de référence

Antécédents

VITAMINES D2/D3 (25 Hydroxy-vitamine D)

Résultat : 36,00 ng/ml
Soit : 90,00 nmol/l

Interprétation :

Carence	: < à 10	ng/ml
Insuffisant	: 10 - 29	ng/ml
Normal	: 30 - 100	ng/ml
Toxicité	: > à 100	ng/ml

 LABORATOIRE
 MEDICALESERRAZI
 CHIMIE URINAIRE
 VITAMINES
 Dr Abd
 Pha


INPE 063060990

Dr. EL MOUTASSIL Touria

Date du prélèvement : 08/03/21

Dossier édité le : 08/03/2021

Code Patient : 100965



Mme KHAILA Jamila

Page : 2 / 3

Prélèvement Effectué au Laboratoire

080321 028

HEMOGLOBINE GLYQUEE (HbA1C) ... : 5,60 %

HPLC(Chromatographie liquide haute pression)sur automate D10 Bio-Rad : Technique de référence.

-L'hémoglobine glyquée d'un sujet normal ou d'un diabétique équilibré se situe entre 4 et 6%

-L'hémoglobine glyquée d'un sujet diabétique non traité ou non équilibré est supérieure à 8,5%.

POTASSIUM : 3,60 mmol/l (3.5 à 5.00)

UREE : 0,11 g/l (0,13 à 0,43)
ou : 1,83 mmol/l (1,70 à 7,60)CREATININE : 7,96 mg/l (7.0 à 13.0)
Méthode Enzymatique ou : 70,05 μ mol/l (44 à 106)ACIDE URIQUE : 61 mg/l (26 à 60)
ou : 363,10 μ mol/l (210 à 420)CHOLESTEROL TOTAL : 1,75 g/l (< 2,20)
ou : 4,52 mmol/l (3,61 à 5,68)TRIGLYCERIDES : 1,54 g/l (< 1.50)
ou : 1,76 mmol/l (< à 1,72)CHOLESTEROL HDL : 0,44 g/l (0.30 à 0.60)
ou : 1,14 mmol/l (à > 1,03)

CHOLESTEROL LDL : 1,00 g/L

 Nbr de facteurs de risque* | Valeur Cible du LDL-C (g/l) |
 aucun < 2,20
 1 < 1,90
 2 < 1,69
 > ou = 3 < 1,30
 Patient à haut risque < 1,00

*: Diabète, obésité, HTA, age>60ans, tabac, HDL-C<0,40g/L et antécédents familiaux de maladie coronaire.

PROTEINE C REACTIVE (CRP) ... : 6,50 mg/l <6

ENZYME

VITROS 350

TRANSAMINASES ASAT (GOT) ... : 21

Valeurs de référence
UI/l à 37°C (< à 31)

Antécédents



INPE 063060990

 LABORATOIRE CENTRAL ERRAZI
 BERRECHID
 Dr Abdelhamid HAWAZINE
 Pharmacien Biologiste

Dr. EL MOUTASSIL Touria
Date du prélèvement : 08/03/21
Dossier édité le : 08/03/2021
Code Patient : 100965 



Mme KHAÏLA Jamila

Page : 1 / 3

Prélèvement Effectué au Laboratoire

080321 028

HEMATOLOGIE

ABX PENTRA 60

Valeurs de référence

Antécédents

HEMOGRAMME sur Automate ABX Pentra 60 (HORIBA)

GLOBULES ROUGES	:	5,31	M/ μ l	(3,8 à 5,4)
HEMOGLOBINE	:	14,80	g/dL	(12,5 à 15,5)
HEMATOCRITE	:	44,80	%	(37 à 47)
V.G.M	:	84,37	μ 3	(82 à 98)
T.C.M.H	:	27,87	pg	(>OU= 27)
C.C.M.H	:	33,04	%	(32 à 36)
PLAQUETTES	:	226 000	/mm3	(150 000 à 400 000)
GLOBULES BLANCS	:	8 340,00	/mm3	(4 000 à 10 000)

FORMULE LEUCOCYTAIRE :

VITESSE DE SEDIMENTATION

Automate (VACUETTE)

1 ère heure..... : 7 mm < à 10
2 ème heure..... : 16 mm < à 20

à 4 500)
1 000)

BIOCHIMIE SANGUINE

KONELAB 20i

Valeurs de référence

Antécédents

GLYCEMIE A JEUN : 1,31 g/l
ou : 7,27 mmol/l

(0.7 à 1.10)



INPE 063060990