

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.

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° M21- 0018641

Maladie Dentaire Optique Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 237 Société : RAM
 Actif Pensionné(e) Autre : Retraité
 Nom & Prénom : E ZDOUTI Mohamed
 Date de naissance : 19 28
 Adresse : Rue 6 Bd RAKRAK ABI RAKRAK
 Tél. : 06.06.41.27.26 Total des frais engagés : 6.4

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

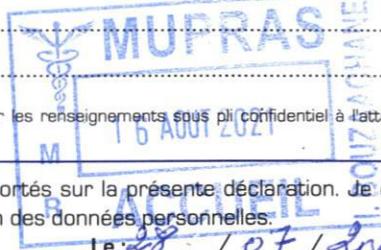
Date de consultation : 15/07/2021
 Nom et prénom du malade : M. EZDOUTI MOHAMED Age :
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : DERMATOSE
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances :
 Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements 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 n'ai pas eu connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASA Le : 28/07/2021
 Signature de l'adhérent(e) :

018641

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019



RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
WS		300dh	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15/07/21	469,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	15/07/21	B, 2A	310 DA

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

L 310

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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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 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">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

RDU
Le 29/07/2021
10 A 30

Docteur Lamia Oudrhiri

Dermatologue - Vénérologue

Dermatologie Générale Adulte et Enfant

Maladies Sexuellement Transmissibles

Dermato - Allergologie

Dermatologie Esthétique - Lasers

DIU Européen des Lasers Médicaux Paris VI

DIU de Dermatologie Esthétique Versailles Saint Quentin

DIU de Dermatologie Chirurgicale Versailles Saint Quentin

DIU des Techniques d'Injections (Botox, Comblement) Nice

DIU de Dermatologie Pédiatrique Nice



الدكتورة لمياء ودغيري

أخصائية الأمراض الجلدية و التناسلية

أمراض و جراحة الجلد و الشعر و الأظافر

الأمراض المنقولة جنسيا - حساسية الجلد

الطب التجميلي (تقشير - بوتكس - فيلرز)

العلاج بالليزر (إزالة الشعر و الوشم و الندوب)

الدبلوم الجامعي في العلاج بالليزر من جامعة باريس

الدبلوم الجامعي في طب التجميل من جامعة فرساي سان كونتان

الدبلوم الجامعي في جراحة الجلد من جامعة فرساي سان كونتان

الدبلوم الجامعي في الحقن التجميلي للبوتكس و الفيلرز من جامعة نيس

الدبلوم الجامعي في أمراض الجلد عند الأطفال من جامعة نيس

Casablanca, le

15/07/2021

Monsieur EZDOUTI MOHMED

1) LIPIKAR SYNDET AP+ 200 ML

à rincer

2) XERACALM BAUME

2 fois par jour matin et midi sur les membres 01 mois

3) ACM CICASTIM A CREME ^{ou ARNICA}

2 fois par jour matin et soir le soir sur les lésions des avant bras (bleues)

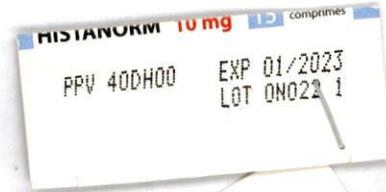
4) CLENIDERM CREME

1 fois par jour le soir sur les lésions mains et pieds prurigineuses pendant 07 j

5) HISTANORM 10 (CP)

1 soir sur deux 07 jours le soir au coucher

Ts 469,00



PHARMACIE D'ALGER
DR. ABDELKADER KARIMIA
DOCTEUR EN PHARMACIE
CASA TEL: 021 22 99 84 74



Vitesse de sédimentation:

VS 1ère heure	120 mm	(<20)	25-12-2020	117
VS 2ème heure (Sang total, Automate VT25)	130 mm			128

BIOCHIMIE SANGUINE

Sang tube sec, gel, héparine

Créatinine (Cinétique)	22.9 mg/l	(6.7-13.0)	11-03-2021	18.5
	202.6 µmol/l	(59.3-115.0)		

Clairance - MDRD

(Clairance créatinine estimée : patient type Caucasiens)

MDRD estimée pour un patient de type NON caucasien:

29 ml/mn 11-03-2021 37

35 ml/mn 45

Intervalles de références

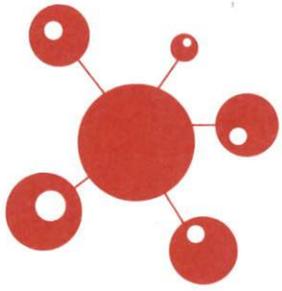
- 60 < DFG < 80 ml/mn : F.R à évaluer en fonction de l'âge du patient.
- 30 < DFG < 60ml/mn : I.R modérée
- 10 < DFG < 30ml/mn : IR sévère
- DFG < 10ml/mn : IR terminale

Urée (Uréase GLDH)	1.63 g/l	(0.17-0.50)	11-03-2021	0.85
	27.14 mmol/l	(2.83-8.33)		

CRP (Immunoturbidimétrie)	14.2 mg/l	(<5.0)	24-09-2018	66.3
-------------------------------------	-----------	--------	------------	------

Validé biologiquement par le Dr BIOLOGISTE Assistant

LABORATOIRE ORLJO
 Analyses Médicales
 Dr. Saïd EL HAFIANE
 199 Bd Oum Rabii - Casablanca
 Tél : 05.22.90.90.44
 N° CE : 001008908000003



مختبر التحليلات الطبية

LABORATOIRE DE BIOLOGIE MÉDICALE

ORBIO

Dr.Said EL HAFIANE : Pharmacien Biologiste, Ancien interne des hôpitaux de Nancy (France)

A Casablanca, le Lundi 26 Juillet 2021

Dossier N° : 2107262027

Mr Mohamed EZDOUTI
Né(e) le : 01-01-1928

Prélevé le : au labo 26-07-2021 11:46

Prescription : Dr. Lamia OUDRHIRI

Mr Mohamed EZDOUTI
CASABLANCA



HEMATOLOGIE

HEMOGRAMME

Hématies :

(Sang total, cytométrie en flux, Sysmex XT 1800i)

3.010 T/l (4.400-5.600) 3.150
3 010 000 /mm³ (4 400 000-5 600 000)

Hémoglobine :

10.0 g/100 ml (13.0-17.7) 10.5

Hématocrite :

31.7 % (40.0-54.0) 32.4

VGM :

105.3 µ3 (80.0-100.0) 102.9

TCMH :

33.2 pg (>27.0) 33.3

CCMH :

31.5 g/100 ml (31.0-36.5) 32.4

RDW :

16.0 % (0.0-18.5) 16.7

Leucocytes :

5 990.0 /mm³ (4 100.0-10 500.0) 4 240.0

Poly. Neutrophiles :

57.8 % 38.2

Soit:

3 462 /mm³ (1 900-6 000) 1 620

Poly. Eosinophiles :

7.5 % 10.1

Soit:

449 /mm³ (10-540) 428

Poly. Basophiles :

0.3 % 0.7

Soit:

18 /mm³ (0-200) 30

Lymphocytes :

25.2 % 38.7

Soit:

1 509 /mm³ (920-3 200) 1 641

Monocytes :

9.2 % 12.3

Soit:

551 /mm³ (300-1 050) 522

Plaquettes

(Sang total, cytométrie en flux, Sysmex XT 1800i)

196 000 /mm³ (150 000-400 000) 179 000

LABORATOIRE ORBIO
Analyses Médicales
Dr. Saïd ELHAFIANE
199 Bd Oum Rabii - Casablanca
Tél : 05.22.90.90.44
N° ICE : 001698908000008

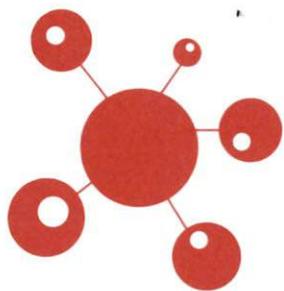
Page 1 sur 2

Recto - Verso

www.orbio.ma - HORAIRES D'OUVERTURE
du Lundi au Vendredi de 7h30 à 18h30 / le Samedi 8h00 à 13h00

199 , Boulevard Oum Rabii , EL OULFA Casablanca Tél.: +212 (0)5 22 90 90 44 / Fax : +212 (0)5 22 90 90 42 / Email : contact@orbio.ma

T.P : 36046873 - I.F : 15240654 - CNSS : 9115842 - ICE : 001698908000008



مختبر التحليلات الطبية

LABORATOIRE DE BIOLOGIE MÉDICALE
ORBIO

Dr.Said EL HAFIANE : Pharmacien Biologiste, Ancien interne des hôpitaux de Nancy (France)

FACTURE N : 210700477

CASABLANCA le 26-07-2021

Mr Mohamed EZDOUTI

Demande N° 2107262027

Date de l'examen : 26-07-2021

Analyses :

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
PS	Prélèvement sang adulte	E10	E
	Créatinine	B30	B
	Urée	B30	B
	Vitesse de sédimentation	B30	B
0216	Numération formule	B80	B
0370	CRP	B100	B

Total des B : 270

TOTAL DOSSIER : 310.00DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : trois cent dix dirhams

LABORATOIRE ORBIO
Analyses Médicales
Dr. Said EL HAFIANE
199 Bd Oum Rabii - Casablanca
Tél: 05 22.90.90.44
N°: CE 0010910003830013648

RIB BMCI : 013 78 001091 000 38 30013 648

Recto - Verso

www.orbio.ma - HORAIRES D'OUVERTURE
du Lundi au Vendredi de 7h30 à 18h30 / le Samedi 8h00 à 13h00

199 , Boulevard Oum Rabii , EL OULFA Casablanca Tél.: +212 (0)5 22 90 90 44 / Fax : +212 (0)5 22 90 90 42 / Email : contact@orbio.ma

T.P : 36046873 - I.F : 15240654 - CNSS : 9115842 - ICE : 001698908000008

