

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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.

Maladie chronique :

En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 0044432

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8823

Société : RAM.

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ELFAHSSI Fatima

Date de naissance : 15-5-1967

Adresse : 77 Bd al massine al Khadra App 9

Naïm, Cas

Tél. : 0661452489

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 31/08/2021

Nom et prénom du malade : CORNI GERNU Amel Age : 24

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection Allergique - Urticaire

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 : 22-10-2021

Le : / /

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
27/08/2011	ou	350		
17/09/2011	ou	600		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE D'ANALYSE MEDICALES 400, BOULEVARD Roudani - CASA Tél: 0522 23 35 61 MAARIF	21/09/2011	B 2080+1C	2946,20 dh

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

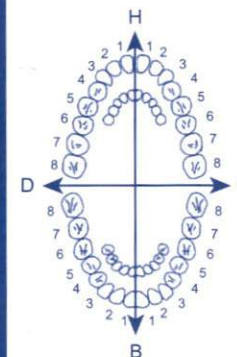
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

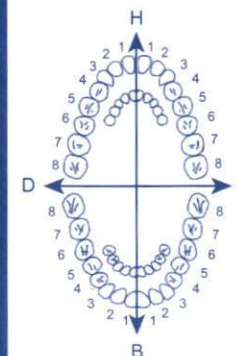
O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		H
25533412		21433552
00000000		00000000
D		G
00000000		00000000
35533411		11433553
B		

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur NAJI Nawel - Sophie

Immuno-allergologue

Asthme, eczéma de contact

Rhino-conjonctivites allergiques

Allergies alimentaires et médicamenteuses

Diplômée de la faculté de médecine de Bordeaux

Ancienne assistante des hôpitaux de Bordeaux

Consultations sur rendez-vous

الدكتورة نجى نوال صوفي

اختصاصية في أمراض الحساسية

مرض الربو - كزيمه

حساسية الأنف و العين

الحساسية الغذائية و الدوائية

خريجة جامعة الطب بوردو

طبيبة اختصاصية بمستشفيات بوردو سابقا

الاستشارات بالموعد

le 31 - 08 - 2011

Cornigeanu Cosmetia

NFS

VS

CRP

Ac anti transglutaminase

TSH us -

Ac anti TPO

ferrokinemie

creatinine

HAAT - ASAT - f05

Ac anti nucleaire

Complement C4

inhibiteur C1 esterase pondérale
" " + fonctionnelle



Docteur NAJI Nawel -Sophie
Immuno-allergologue

الدكتورة نجى نوال صوفي
اختصاصية في أمراض الحساسية

Facture

Je soussignée Dr NAJI Nawel -Sophie certifie avoir perçu la somme de.....
Six cent dix-huit mille 300 #
test médicamenteux allergie
pour Mme ERNI GEANU CAMELIA
le 17-09-2021

48, Rue SOCRATE (Niveau stade d'honneur, face CNSS)
Maârif extension - Casablanca - Tél./Fax : 0522 99 07 80 - 0619 29 17 30
ICE : 001648420000043

مختبر التحاليل الطبية المعاريف

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES MAARIF

Dr. Abderrazzak ZIZI
Pharmacien Biologiste
Diplômé de la Faculté de Pharmacie de Reims



Casablanca le 01-09-2021

Mlle CORNI GEANU Camelia

FACTURE N° A210900025

Récapitulatif des analyses			
CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Traitement échantillon sanguin	E25	E
0111	Créatinine	B30	B
0141	Gamma glutamyl transférase (GGT)	B50	B
0146	Transaminases O (TGO)	B50	B
0147	Transaminases P (TGP)	B50	B
0154	Ferritine	B250	B
0163	TSH	B250	B
0216	Numération formule	B80	B
0223	VS	B30	B
0347	Auto anticorps anti nucléaires 150 201	B150	B
0352	C4	B150	B
0353	C1 Inhibiteur estérase	B150	B
0370	CRP	B100	B
0551	Anticoprs anti transglutaminase tissulaire IgA si prescription isolée	B200	B
0552	Anticoprs anti transglutaminase tissulaire IgG si prescription isolée	B200	B
	COMPLEMENT C1 ESTERASE INHIBITEUR Activité fonctionnelle	B290	B
	Anticorps anti-thyropéroxydase	B150	B

Total des B : 2180

TOTAL DOSSIER : 2946.20 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :
deux mille neuf cent quarante–six dirhams vingt centimes



Mme EL FAHSSI Fatima

Prescripteur : Dr GUESSOUS KRAFAESS OUAFAA

Casablanca le : 15-09-2021

Du : 15-09-2021

Référence : B210902313

Dr Zizi

Médecin Biologiste

Ancien interne des hôpitaux de Paris

Normes

Antériorités

HEMATOLOGIE

HEMOGRAMME

Numération Globulaire

Hématies	4.7	M/mm ³	(4.0-5.3)
Hémoglobine	13.5	g/dL	(12.5-15.5)
Hématocrite	40	%	(37-46)
VGM	85	μ ³	(80-95)
TCMH	29	pg	(28-32)
CCMH	34	g/100mL	(30-35)

Formule leucocytaire

Leucocytes		4 930	/mm ³	(4 000-10 000)
Neutrophiles	59 %	soit	2 909 /mm ³	(1 500-7 500)
Eosinophiles	2 %	soit	99 /mm ³	(<400)
Basophiles	0 %	soit	0 /mm ³	(<100)
Lymphocytes	33 %	soit	1 627 /mm ³	(1 500-4 000)
Monocytes	6 %	soit	296 /mm ³	(200-1 000)

Numération plaquettaire

Plaquettes	241 000	/mm ³	(150 000-400 000)
Volume Plaquettaire Moyen	8.8	fl	(6.0-11.0)

VITESSE DE SEDIMENTATION

VS 1ère heure	22	mm	(2-19)
---------------	----	----	--------



Mme EL FAHSSI Fatima

Prescripteur : Dr GUESSOUS KRAFAESS OUAFAA

Casablanca le : 15-09-2021 Du : 15-09-2021

Référence : B210902313

Normes

Antériorités

HEMOSTASE

Taux de Prothrombine (TP)

Taux de prothrombine	100.0 %	(70.0-100.0)
INR	0.90	

Temps de Céphaline Kaolin (TCK)

Temps Témoin	25.0 s	
Temps Patient	26.0 s	
Rapport	1.04	(0.80-1.20)

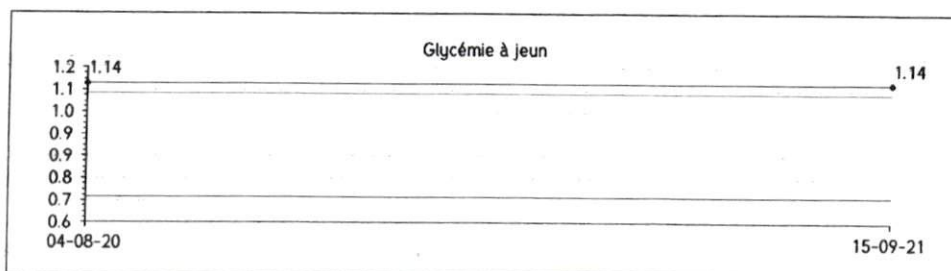
BIOCHIMIE SANGUINE

Glycémie à jeun

1.14 g/L	(0.70-1.10)
6.33 mmol/L	(3.89-6.11)

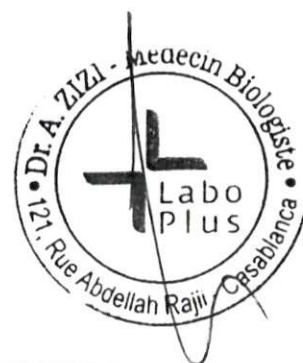
04-08-2020

1.14



Hémoglobine glyquée (HBA1c)
(Technique HPLC)

5.7 %	(<6.5)
-------	--------



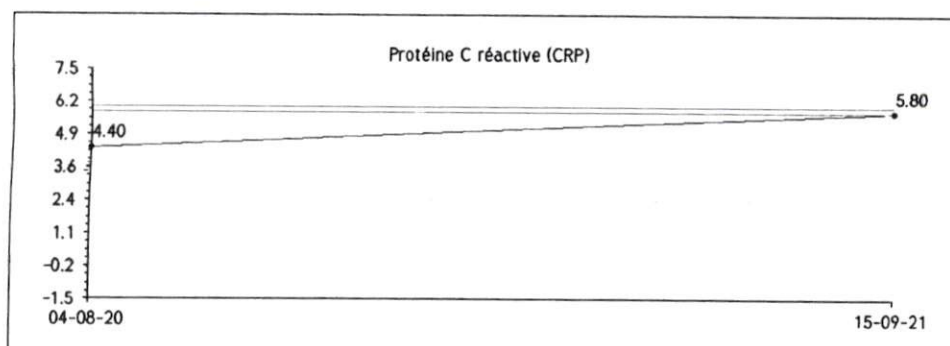
Mme EL FAHSSI Fatima

Prescripteur : Dr GUESSOUS KRAFAESS OUAFAA

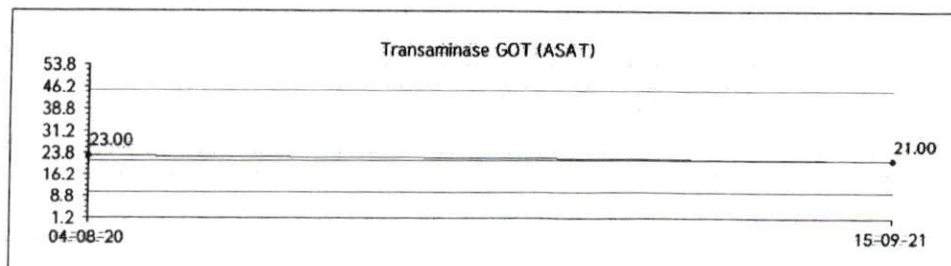
Casablanca le : 15-09-2021 Du : 15-09-2021

Référence : B210902313

		Normes	Antériorités
Bilirubine Totale	3.4 mg/L 6 $\mu\text{mol/L}$	(3.0-12.0) (5-20)	
Bilirubine conjuguée (directe)	1.0 mg/L 1.7 $\mu\text{mol/L}$	(<2.0) (<3.4)	
Bilirubine libre (indirecte)	2.4 mg/L 4.1 $\mu\text{mol/L}$	(<10.0) (<17.0)	
Protéine C réactive (CRP)	5.8 mg/L	(<6.0)	04-08-2020 4.4



Transaminase GOT (ASAT)	21 UI/L	(10-45)	04-08-2020 23
-------------------------	---------	---------	------------------



Mme EL FAHSSI Fatima

Prescripteur : Dr GUESSOUS KRAFAESS OUAFAA

Casablanca le : 15-09-2021 Du : 15-09-2021

Référence : B210902313

Normes

Antériorités

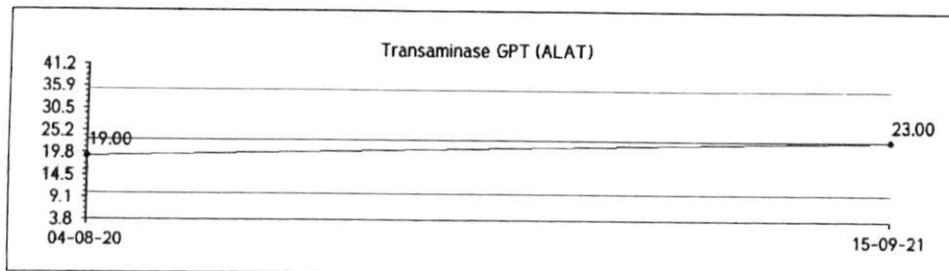
Transaminase GPT (ALAT)

23 UI/L

(10-35)

04-08-2020

19



Acide urique

44 mg/L

(25-60)

262 μ mol/L

(149-357)

04-08-2020

0.31

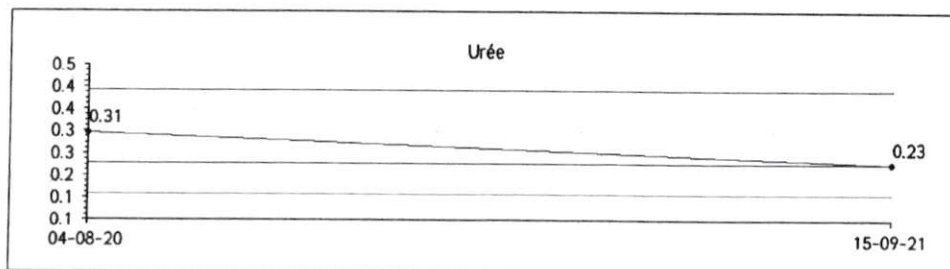
Urée

0.23 g/L

(0.15-0.42)

3.83 mmol/L

(2.50-7.00)



Créatinine

7.30 mg/L

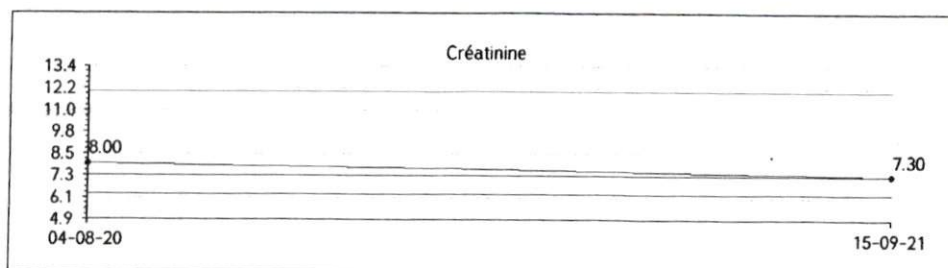
(6.30-12.00)

64.5 μ mol/L

(55.7-106.1)

04-08-2020

8.00



Mme EL FAHSSI Fatima

Prescripteur : Dr GUESSOUS KRAFISS OUAFAA

Casablanca le : 15-09-2021 Du : 15-09-2021

Référence : B210902313

		Normes	Antériorités
Débit de filtration glomérulaire estimé par la formule MDRD	88 mL/min/1.73m ²	(90-140)	
Cholestérol total	2.29 g/L 5.91 mmol/L	(1.30-2.00) (3.35-5.16)	04-08-2020 2.44
(Normes: Recommandations AMCAR de février 2015)			
Cholestérol - HDL	0.50 g/L 1.29 mmol/L	(>0.40) (>1.03)	04-08-2020 0.46
Cholestérol - LDL	1.39 g/L 3.59 mmol/L	(<1.60) (<4.13)	04-08-2020 1.56

Objectifs du LDL-cholestérol : Recommandations AFSSAPS

Prévention primaire :

Absence de facteur de risque	: < 2.20 g/L	soit 5.7 mmol/L
1 facteur de risque	: < 1.90 g/L	soit 4.9 mmol/L
2 facteurs de risque	: < 1.60 g/L	soit 4.1 mmol/L
Plus de 2 facteurs de risque	: < 1.30 g/L	soit 3.4 mmol/L

Prévention secondaire :

Maladie coronarienne	: < 1.00 g/L	soit 2.6 mmol/L
----------------------	--------------	-----------------

Les facteurs de risque sont l'âge (>50 ans pour l'homme et >60 ans pour la femme), les antécédents familiaux de maladie coronarienne précoce, l'hypertension artérielle, le diabète de type 2, le tabagisme et le cholestérol HDL < 0.40 g/l (1.0 mmol/l)



Mme EL FAHSSI Fatima

Prescripteur : Dr GUESSOUS KRAFAESS OUAFAA

Casablanca le : 15-09-2021 Du : 15-09-2021

Référence : B210902313

Normes

Antériorités

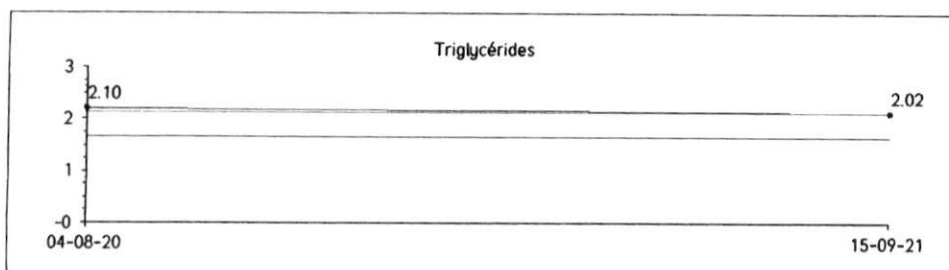
Triglycérides

2.02 g/L
2.30 mmol/L

(<1.50)
(<1.71)

04-08-2020

2.10



Ferritine
(Cobas e411: Electrochimiluminescence)

84.17 µg/L

(20.00-200.00)

VITAMINES

Vitamine D
(Cobas e411: Electrochimiluminescence)

42.47 ng/ml

Valeurs de référence :

Taux recommandé	30 - 100	ng/mL
Insuffisance	10 - 30	ng/mL
Carence	< 10	ng/mL
Toxicité	> 100	ng/mL



Mme EL FAHSSI Fatima

Prescripteur : Dr GUESSOUS KRAFAESS OUAFAA

Casablanca le : 15-09-2021 Du : 15-09-2021

Référence : B210902313

Normes

- Antécédents

BILAN ENDOCRINIEN

Thyréostimuline (TSH)
(Cobas e411: Electrochimiluminescence)

1.37 $\mu\text{UI/mL}$

(0.27-4.20)

04-08-2020

1.35

