

## 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° W21-611678

85304

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7082

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

FARIS TAOUFIK

Date de naissance :

07-02-1958

Adresse :

Res chabab zone D imb 13 N°3 Ain Seba Casab

Télé :

0668385526

Total des frais engagés :

705,00

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

13/9/2021

Nom et prénom du malade :

ABDELLAHOUSSINE ATTICA

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Dr. card. att.

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 : 20/09/2021

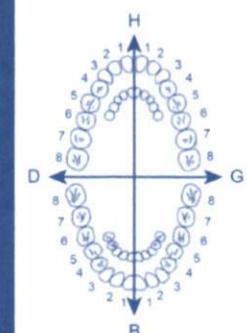
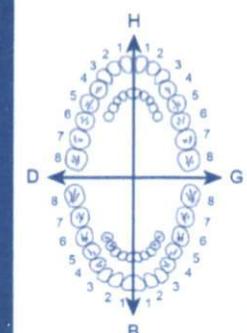
Signature de l'adhérent(e) :

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
13/9/21	CD et ECO	1	300.0 H	INP : 

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
	14/09/2021	B450	495.00

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 
				
				
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
H	25533412	21433552		
D	00000000	00000000		
G	00000000	00000000		
B	35533411	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. Rachid Ben Khattab Sefrioui**

CARDIOLOGUE

Diplômé de la Faculté de Médecine de Lille (FRANCE)

Ancien Médecin Attaché des Hôpitaux Français

Spécialiste des Maladies du Coeur et des Vaisseaux

Echographie Doppler Couleur Cardiaque et Vasculaire

Holter Rythmique et Tensionnel

Epreuve d'effort



**الدكتور رشيد بن الخطاب الصفيوي**

طبيب اخصائي في امراض القلب و المريض

نحضر القلب و الشريان بالصدر و الدربال باللوران

تخطيط القلب لثاء المجهود

خريج كلية الطب بليل (فرنسا)

طبيب اخصائي مستشفيات فرنسا سابقا

Casablanca le : ..... 13 Septembre 2021 ..... الدار البيضاء في:

### ANALYSES MEDICALES

Mme AIT LHOUSSAINE ATIKA

TROPONINE SANGUINE ( résultat d'urgence SVP )

D. DIMERES ( TECHNIQUE ELISA )

CHOLESTEROL LDL-HDL

TRIGLYCERIDES

الدكتور رشيد بن الخطاب الصفيوي  
Dr. SEFRIoui BENKHATTAB Rachid  
CARDIOLOGUE  
Amal 3 Rue 3 N° 6 Sidi Bernoussi - Casablanca  
Tél: 05 22 73 15 00 / 05 22 76 77 76

LABORATORY C.B.A  
D'ANALYSES MEDICALES  
Bd. Imam Châdi, N° 7, Lot. 23  
Lots. Alhambra H.y B.Oods  
Bab Al Khadra - Casablanca - Maroc

INPE : 097167308

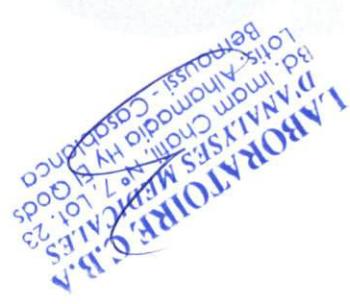
**FACTURE N° 1020/21**

CASABLANCA le  
Nom et prénom  
Référence  
Médecin prescripteur

14/09/2021  
MME AIT LHOUSSAINE ATIKA  
21I266  
Docteur BEN KHATTAB SEFRIoui RACHID

Acte de biologie demandé	Cotation (B)
TROPONINE I	250
BILAN LIPIDIQUE CHOLT+TRI+HDL+LDL	200
Total du (B)	B 450
Prise de sang (PC)	0,00 DH
Montant en DH	495,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de: QUATRE CENT QUATRE-VINGT QUINZE DIRHAMS



Prélèvement du : 14/09/2021 à 13:43

Résultats édités le: 14/09/2021



Prescripteur: Docteur BEN KHATTAB SEFRIoui RACHID

**MME AIT LHOUSSAINE ATIKA**

Dossier N° 21I266

Page: 1/2

### **BIOCHIMIE SANGUINE**

(Sur Automate WIENER LAB® CM 250)

**CHOLESTEROL TOTAL.....: 2,06 g/l**

(Technique : Colorimétrie enzymatique)

**Interprétation:**

< à 20 ans : 1,20 - 1,85 g/l

20 à 40 ans : < à 2,00 g/l

> à 40 ans : < à 2,20 g/l

**CHOLESTEROL HDL.....: 0,71 g/l** N : > à 0,50 g/l  
(par précipitation-dosage direct) 1,83 mmol/l N : > à 1,30 mmol/l

**CHOLESTEROL LDL.....: 1,17 g/l** N : > à 0,50 g/l  
(Technique : Dosage par précipitation) 3,02 mmol/l N : > à 1,30 mmol/l

Le niveau du LDL-c sera interprété en fonction du niveau de risque cardio-vasculaire global évalué à l'aide de la table SCORE ou des facteurs de risque cardio-vasculaire (HAS, février 2017)

**Objectifs de LDL-c en fonction du niveau de risque CV**

Risque cardiovasculaire	valeur cible du LDL-c
Faible	< 1,9 g/L ou 4,9 mmol/L
Modéré	< 1,3 g/L ou 3,4 mmol/L
Élevé	< 1,0 g/L ou 2,6 mmol/L
Très élevé	< 0,7 g/L ou 1,8 mmol/L

**TRIGLYCERIDES.....: 0,88 g/l** 0,40 à 1,50  
(Technique enzymatique LPL-GK) 1,00 mmol/l 0,46 à 1,71

NB: Risque de pancréatite aiguë si TG = ou > 5 g/L (ou 5,6 mmol/L)

*LABORATOIRE CBA  
D'ANALYSES MEDICALES  
Bd. Imam Chafii, N° 7, Lot. 23  
Lotis. Al Hamdia Hay El Qods  
Bernoussi - Casablanca*

Prélèvement du : 14/09/2021 à 13:43

Résultats édités le: 14/09/2021



Prescripteur: Docteur BEN KHATTAB SEFRIOUI RACHID

**MME AIT LHOUSSAINE ATIKA**

Dossier N° 21I266

Page: 2/2

### **MARQUEURS CARDIAQUES**

(Sur Automates VIDAS , Cobas E411 - Roche®)

#### **TROPONINE I-HS cardiaque ultrasensible**

Résultat : <1,5 ng/L 0,0 à 0,0 ng/L  
(ELFA - VIDAS Biomérieux)

##### Interprétation :

Dosage de la Troponine I ultrasensible à l'admission T0

INF 2 ng/l	> OU = 2 ng/l	< 100 ng/l	> OU = 100 ng/l
EXCLUSION	ZONE D'OBSERVATION		INCLUSION

||  
V

##### Re-dosage de la Troponine I ultrasensible à T 2H

Delta T2-T0

INF 6 ng/l		> OU = 10 ng/l
EXCLUSION	ZONE D'OBSERVATION	INCLUSION

Demande validée biologiquement par: Dr AbdelAziz AMACHKI

LABORATOIRE C.B.A  
D'ANALYSES MEDICALES  
Bd. Imam Chafii, N° 7, Lot. 23  
Lotis. Alhamadia Hay El Qods  
Bernoussi - Casablanca

Total de pages: 2