

## 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 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

- 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° 09-08 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° W21-639612

90361

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9282 Société : RAM.

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : NAZIH LAHA.

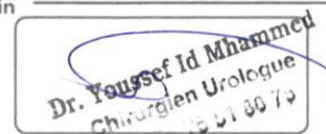
Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661 138143 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 31/10/2021

Nom et prénom du malade : NAZIH LAHA Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Cancer

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 : 31/10/2021

Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNDP N° : A-4-215/2019

# 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
31/08/21		1	320,00	INP : 09116775

# 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
	01/09/21	B 280 Fc 2110	320,00

# AUXILIAIRES MEDICAUX

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

# 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 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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				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 Id Mhammed Youssef**  
Chirurgien - Urologue



**الدكتور إد محمد يوسف**  
إختصاصي في طب وجراحة الكلي  
والمسالك البولية و الجهاز التناسلي

Ancien Chef Clinique  
des Hôpitaux Vall d'Hébron-Barcelone.

إختصاصي سابق  
في مستشفيات قال ديبرون، برشلونة.

Casablanca : .....

**NAZIH LAILA**

-NFS  
-TP-TCK  
-Urée ,créat.  
-Na ,K+



**CASABLANCA , le 31-08-2021**

**Dr. Youssef Id Mhammed**  
Chirurgien Urologue  
44, Bd. Oued Eddoura Oulfa  
06 75 51 80 75



# مختبر التحليلات الطبية الرغراغي

## LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES REGRAGUI

S. MESTASSI  
Biologiste Diplômé de la faculté  
De Médecine et de Pharmacie  
de Clermont Ferrand

**FACTURE N° : 2110012026**

Casablanca le 01-10-2021

**Mme Laila NAZIH**

Date de l'examen : 01-10-2021

Caisse : **MUPRAS**

INPE :



Analyses :

Récapitulatif des analyses			
CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	E11.5	E
0111	Créatinine	B30	B
0131	Potassium	B30	B
0133	Sodium	B30	B
0135	Urée	B30	B
0216	Numération formule	B80	B
0236	Taux de prothrombine	B40	B
0239	Temps de céphaline: TCK	B40	B

**TOTAL DOSSIER : 320 DH**

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





# مختبر التحليلات الطبية الرغراغي

## LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES REGRAGUI

S. MESTASSI

Biologiste Diplômé de la faculté  
De Médecine et de Pharmacie  
de Clermont Ferrand



Né (e) le: 02-03-1970, âgé (e) de : 51 ans  
Enregistré le: 01-10-2021 à 12:41  
Edité le: 07-10-2021 à 14:23  
Prélèvement : au labo  
Le : 01-10-2021 à 12:46

**Mme Laila NAZIH**

Référence : **2110012026**

Prescrit par : **Dr ID MHAMMED YOUSSEF**

Ceci est un mail, seul le résultat papier fait foi

### HEMATOCYTOLOGIE

#### Numération formule sanguine

(Cytométrie en flux et Impédance Beckman Coulter)

#### Numération

			15-04-2021
Hématies	4.11 $10^6$ /mm <sup>3</sup>	(3.80-5.80)	4.10
Hémoglobine	12.1 g/dl	(12.0-16.0)	12.1
Hématocrite	37.9 %	(37.0-47.0)	37.1
- VGM	92 fL	(80-98)	90
-TCMH	29 pg	(27-33)	30
- CCMH	32 g/dl	(32-36)	33
Leucocytes	8 300 /mm <sup>3</sup>	(4 000-10 000)	8 200

#### Formule leucocytaire

Polynucléaires Neutrophiles	47.9 %		42.2
	3 976 mm <sup>3</sup>	(1 800-7 500)	3 460
Polynucléaires Eosinophiles	1.2 %		1.7
	100 /mm <sup>3</sup>	(0-700)	139
Polynucléaires Basophiles	0.0 %		0.0
	0 /mm <sup>3</sup>	(0-200)	0
Lymphocytes	45.3 %		48.5
	3 760 /mm <sup>3</sup>	(1 000-4 000)	3 977
Monocytes	5.6 %		7.6
	465 /mm <sup>3</sup>	(100-1 000)	623
Plaquettes	379 $10^3$ /mm <sup>3</sup>	(150-500)	328
VPM	7.1 fl	(6.0-12.0)	7.2

Enregistré le: 01-10-2021 à 12:41  
Edité le: 07-10-2021 à 14:23  
Prescrit par : Dr ID MHAMMED YOUSSEF

**Mme Laila NAZIH**

Né (e) le : 02-03-1970, âgé (e) de : 51 ans  
Référence : **2110012026**

## HEMOSTASE

### Taux de prothrombine

(Satellite/ Stago)

				15-04-2021
Temps de Quick patient	13.3	sec.		13.3
TP	100	%	(>70)	100
Ratio patient/ témoin	1.00		(<1.20)	1.00

### Temps de céphaline active

(Satellite/ Stago)

				15-04-2021
TCA patient	30	sec		30
TCA Ratio patient/ témoin	1.00		(<1.20)	1.00



# مختبر التحليلات الطبية الرغراغي

## LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES REGRAGUI

S. MESTASSI  
Biologiste Diplômé de la faculté  
De Médecine et de Pharmacie  
de Clermont Ferrand



Né (e) le: 02-03-1970, âgé (e) de : 51 ans  
Enregistré le: 01-10-2021 à 12:41  
Edité le: 07-10-2021 à 14:23  
Prélèvement : au labo  
Le : 01-10-2021 à 12:46

**Mme Laila NAZIH**

Référence : 2110012026

Prescrit par : Dr ID MHAMMED YOUSSEF

Ceci est un mail, seul le résultat papier fait foi

### BIOCHIMIE SANGUINE (Cobas c311/Roche)

Aspect du sérum

Limpe

Urée sanguine

0.25 g/l

(0.10-0.50)

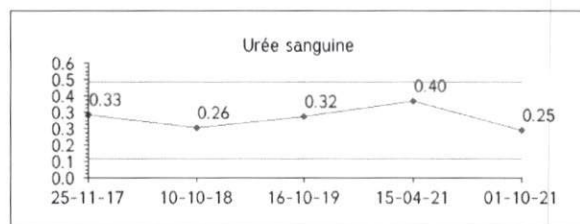
15-04-2021

0.40

4.16 mmol/l

(1.67-8.33)

6.66



Créatinine sanguine

(Enzymatique / Cobas c311)

8.8 mg/l

(5.0-11.0)

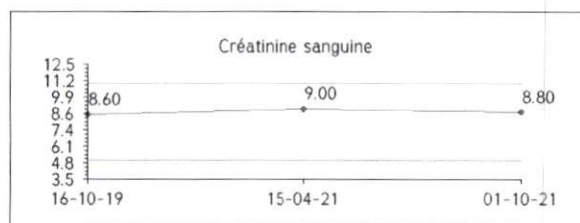
15-04-2021

9.0

78 µmol/l

(44-98)

80



DFG par CKD EPI

76.1 ml/min

(>60.0)

74.0

L'équation du CKD-EPI est plus précise que celle du MDRD et devrait remplacer cette dernière.

Sodium ( Na+ )

139 mmol/l

(135-145)

Potassium ( K+ )

4.3 mmol/l

(3.5-5.3)