

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.

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° P19- 057742

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00971 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ECHATTI M'BARKA Veuve HOUMBI

Date de naissance : 07/01/1957

Adresse : DAR LAMANE BLOC D'IMM MOU

HAY MOHAMMADO

Tél. : 0634674776 Total des frais engagés : 1505,15 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03/12/2021

Nom et prénom du malade : ECHATTI M'BARKA Age :

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

Nature de la maladie : Affection longue durée

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 : 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
03/12/21	C	3	3000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	03/12/21	27135

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	03/12/21	B710	933,80 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

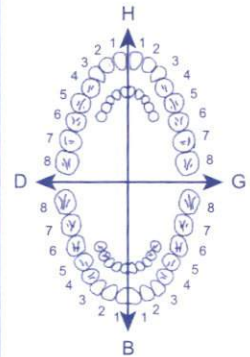
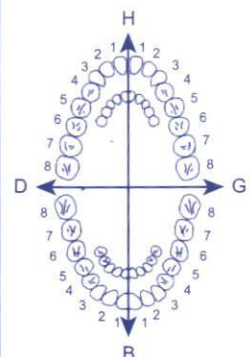
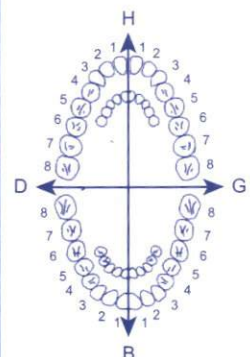
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez 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																					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX																					
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																								
				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

Cabinet d'Hépatogastro-Entérologie

DOCTEUR ABDELLAZIZ ZIANE



Casablanca le, 03/12/2021

Mme ECHATIBI Mbarka

57, Bd Okba Ibnou Nafia,
Hay Mohammadi
Casablanca
Tél : 05 22 62 90 90
Email : drziane@yahoo.fr

12360 INEXIUM 40

1 comprimé le matin avant repas

Fibroskopie
Diagnostic
et thérapeutique

2700 ALIVIAR

1 gélule, midi et soir, avant repas

4080 SPASMOMEN

1 comprimé, 3 fois par jour avant repas

7995 OXANTIN

Cathétérisme de la VBP
Sphinctérotomie.
(CPRE)

1 gélule, matin et soir, avant le repas

Coloscopie
Polypectomie

Echographie
Abdominale

Proctologie
médicale

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubir bnou al ouam roches
noires casablanca
INEXIUM
40 mg
Boîte 14 Cpr GR
64150MP/21NRQ P.P.V: 123,60 DH
6 118001 020807

ALIVIAR® 50 mg
20 Gélules
6 118000 230250

*VIGNETTE

SPASMOMEN® 40mg
30 comprimés
PPV 40,80 DH

Lot n°: 200041
A consommer de
préférence avant le: 02/2023
PPC: 79,95 DH

Dr. Abdellaziz ZIANE
Spécialiste de maladies de l'appareil
Digestif et du Foie et de l'Anus
57, Bd Okba Ibnou Nafi, H.M. Casablanca
Tél: 05 22 62 90 90

PHARMACIE DU PARADIS
Dr. BOUSTANE Zakia
Bloc L - N° 8 Dar Lamane
Hay Mohammadi - CASA
Tél: 0522 60 80 71

LABORATOIRE POPULAIRE D'ANALYSES MEDICALES

12 Bd la grande ceinture Hay Mohammadi Casablanca

Tél : 05 22 61 33 34 / 08 08 52 55 39 - Fax : 05 22 61 33 35

ICE : 002331414000069

Patente : 30300440

IF : 96513170

FACTURE N° : 211200132

CASABLANCA le 07-12-2021

Mme ECHATIBI Mbarka

Récapitulatif des analyses			
CN	Analyse	Clé	Coefficient
9105	Prélèvement sanguin	E	25
0147	Transaminases P (TGP)	B	50
0146	Transaminases O (TGO)	B	50
0100	Acide urique	B	30
0111	Créatinine	B	30
0370	CRP	B	100
0106	Cholestérol total	B	30
0141	Gamma glutamyl transférase (GGT)	B	50
0118	Glycémie	B	30
0108	Cholestérol H D L	B	50
0216	Numération formule	B	80
0134	Triglycérides	B	60
0135	Urée	B	30
	Lipase	B	120

Total des B : 710

TOTAL DOSSIER : 933.80 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : neuf cent trente-trois dirhams quatre-vingts centimes.

Laboratoire Populaire
12 Bd La Grande Ceinture
Hay Mohammadi, Casablanca
Tél : 05 22 61 33 34
Fax 2 : 08 08 52 55 39
Fax : 05 22 61 33 35
Csm : 06 6123 03 58

Cabinet d'Hépto-Gastro-Entérologie

DOCTEUR ABDELLAZIZ ZIANE



Casablanca le, 03/12/2021

Mme ECHATIBI Mbarka

57, Bd Okba Ibnou Nafiâ,
Hay mohammadi
Casablanca
Tél : 05 22 62 90 90
Email : draziane@yahoo.fr

Fibroscopie
Diagnostic
et thérapeutique

NFS
UREE CREATINEMIE
GLYCEMIE
TGO TGP GGT
LIPASEMIE
CRP
TG
CHOLESTEROL LDL HDL
Ac URIQUE

Cathétérisme de la VBP
Sphinctérotomie.
(CPRE)

Coloscopie
Polypectomie

Echographie
Abdominale

Proctologie
médicale

Laboratoire Populaire
12 Bd La Grande Ceinture
Hay Mohammadi, Casablanca
laboratoirepopulaire@lapam.ma
Fixe1 : 05 22 61 33 34
Fixe2 : 08 09 52 55 39
Fax : 05 22 61 33 35
Gsm : 06 61 23 03 58

Dr. Abdellaziz ZIANE
Spécialiste de Maladies de l'Appareil
Digestif et du Foie et de l'Anus
57, Bd Okba Ibnou Nafiâ H.M. Casablanca
Tél: 05 22 62 90 90



Date du prélèvement : 07-12-2021 08:53

Code patient : 2109280050

Né(e) le : 01-01-1957 (64 ans)

Mme ECHATIBI Mbarka

Dossier N° : 2112070047

Prescripteur : Dr ZIANE ABDELLAZIZ



HEMATOCYTOLOGIE

OCHF OPTICAL CYTOMETER HYDROFOCUSFREE

NUMERATION FORMULE SANGUINE

Libre Hydraufocus Cytométrie Optique

Hématies :	4.05	10 ⁶ /mm ³	(3.80-5.40)
Hémoglobine :	13.4	g/dL	(12.5-15.5)
Hématocrite :	38.6	%	(37.0-47.0)
VGM :	95.3	fL	(82.0-98.0)
TCMH :	33.1	pg	(>27.0)
CCMH :	34.7	g/dL	(32.0-36.0)
RDW :	15.3	%	(11.0-15.0)
Leucocytes :	10.2	10 ³ /mm ³	(4.0-10.0)
Neutrophiles :	59.80	%	(45.00-75.00)
Soit	6.10	10 ³ /mm ³	(1.80-7.50)
Eosinophiles :	0.80	%	(1.00-8.00)
Soit	0.08	10 ³ /mm ³	(0.04-0.80)
Basophiles :	0.10	%	(0.00-2.00)
Soit	0.01	10 ³ /mm ³	(0.00-0.20)
Lymphocytes :	29.10	%	(25.00-45.00)
Soit	2.97	10 ³ /mm ³	(1.00-4.50)
Monocytes :	10.20	%	(5.00-10.00)
Soit	1.04	10 ³ /mm ³	(0.20-1.00)
Plaquettes :	203	10 ³ /mm ³	(150-400)
VMP	7.6	fL	(7.0-11.0)



2112070047 - Mme ECHATIBI Mbarka

BIOCHIMIE SANGUINE GÉNÉRALE ET SPÉCIALISÉE

Glycémie à jeun :

(Enzymatique)

1.51 g/L (0.70-1.10)

8.37 mmol/L (3.88-6.09)

Selon les recommandations de l'HAS (France) et l'OMS, une glycémie > à 1.26 g/l après un jeun de 8h doit être vérifiée à 2 reprises, il est préconisé d'effectuer une glycémie post prandiale après une charge orale de 75g de glucose.

Urée :

(Enzymatique)

0.42 g/L

6.89 mmol/L

- Sérum /Plasma

Adulte (21- 60 ans) : 0.13 -0.43 g/l

Adulte (60 - 90 ans) : 0.17 - 0.49 g/l

Adulte (>90) : 0.21 - 0.67 g/l

Créatinine :

(Colorimétrique enzymatique.)

8.32 mg/L

(5.10-9.50)

73.55 µmol/L

(45.08-83.98)

Cholestérol total :

(Enzymatique-colorimétrique-Trinder)

2.82 g/L

(<2.00)

7.29 mmol/l

(<5.17)

Normal	< 2 g/L	5.17 mmol/L
Risque modéré	2-2.39 g/L	5.17-6.18 mmol/L
Risque élevé	>=2.40 g/L	6.21 mmol/L

HDL-Cholestérol :

(Enzymatique-Colorimétrique)

0.76 g/L

(>0.60)

1.96 mmol/L

(>1.55)

Risque maladies cardiaques :

Majeur : < 0.4 g/L

Négatif : > 0.60 g/L

LDL-Cholestérol

(Calculée)

1.54 g/L

3.97 mmol/L

Optimal	< 1g/L	2.59 mmol/L
Proche/au -dessus de l'optimum	1-1.29 g/L	2.59-3.34 mmol/L
Risque modéré	1.30-1.59 g/L	3.36- 4.11 mmol/L
Elevé	1.60- 1.89 g/L	4.14-4.89 mmol/L
Très élevé	> ou =1.90 g/L	4.91 mmol/L



2112070047 - Mme ECHATIBI Mbarka

Triglycérides :
(Enzymatique-colorimétrique)

2.58 g/L (<1.50)

Normal :	<1.5 g/L
Risque modéré :	1.50- 1.99 g/L
Risque élevé :	2- 4.99 g/L
Risque très élevé :	> 5 g/L

Transaminases GPT (ALAT):
(IFCC- Cinétique)

26.60 U/L (<34.00)

Transaminase TGO (ASAT):
(IFCC-Cinétique)

12.30 U/L (5.00-40.00)

Gamma glutamyl-transferase (GGT) :
(IFCC-Enzymatique)

74.90 U/L (6.00-42.00)

Protéine C-réactive (CRP) :
(Immuno-turbidimétrie)

19.21 mg/l (<5.00)

Acide Urique :
(Enzymatique, Colorimétrique)

39.60 mg/L (26.00-60.00)
235.6 µmol/L (154.7-357.0)

Lipase :
(Enzymatique colorimétrique)

29.10 UI/L (0.00-60.00)

Validé par : **Dr. SENHAJI RHAZI FATIMA ZAHRA**

Laboratoire Populaire
12 Bd la Grande Ceinture
Hay Mohammadi - Casablanca
laboratoirepopulaire@gmail.com
Fixe1 : 05 22 61 33 34
Fixe2 : 08 08 52 55 39
Fax : 05 22 61 33 35
Cell : 06 61 23 03 59