

## 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, parodontologie 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

- 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 - 5ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W21-676919

101262

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 4204

Matricule : 4204 Société : R.A.M.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : JENNAN ABDALLAH

Date de naissance : 01/01/1988

Adresse : Bloc 1 N° 28 Pépinière

Tél. : 0662450560 Total des frais engagés : 594,75 Dhs

Autorisation CNDP N° : A A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22/12/2022

Nom et prénom du malade : JENNANE Abdellah Age: 34

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

Nature de la maladie : Hémolyse chronique

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 : 10/01/2022

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-676919

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :  
Nom de l'adhérent(e) :  
Total des frais engagés :  
Date de dépôt :



| 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  |
| 22/12/2021                     | S                 |                       |                                 | INP : 104236297A<br>Dr. Mohammed Anass Ali<br>Spécialiste des Maladies des F...<br>Médicalyse - INP: 10123... |

**Dr. Mohammed Anass AMAR**  
Spécialiste des Maladies des Reins  
et Hémodialyse - INAE : 101236297  
18, Av. Palestine Béttana - Salé  
Tél: 0537.88.53.55 - Fax: 0537.88.06.06

[illegible][illegible]

| AUXILIAIRES MEDICAUX                |                   |        |     |     |     |                                    |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| Cachet et signature<br>du Particien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|                                     |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |

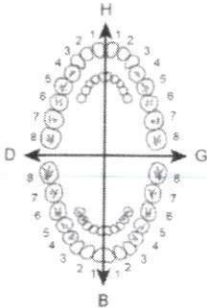
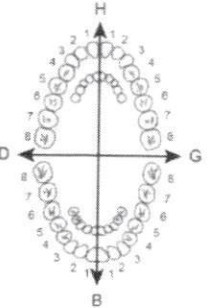
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# 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 de l'O.D.F.

| SOINS DENTAIRES  | Dents<br>Traitées   | Nature des<br>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.<br>PROTHESES DENTAIRES  | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE   |                     |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |  |          |          |          |          |   |  |   |
|  | <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">B</th> </tr> </tbody> </table> |                     |             | H  |  | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | B |  | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
|  | H   |                     |             |  |  |          |          |          |          |   |  |   |
|  | 25533412  | 21433552            |             |  |  |          |          |          |          |   |  |   |
|  | 00000000  | 00000000            |             |  |  |          |          |          |          |   |  |   |
|  | B   |                     |             |  |  |          |          |          |          |   |  |   |
|  | <p><b>[Création, remont, adjonction]</b><br/>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>   |                     |             | 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

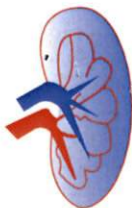
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Dr Mohammed Anass AMAR

Spécialiste en Néphrologie - Dialyse  
Lauréat de la Faculté de Médecine  
et de Pharmacie de Rabat

CENTRE D'HEMODIALYSE DIYAR SARL - SALE



الدكتور محمد أنس اعمار  
إختصاصي في أمراض الكلي وتصفية الدم  
خريج كلية الطب والصيدلة بالرباط  
مركز أمراض الكلي وتصفية الدم ديار - سلا



101238297



100001296

Salé, le 22/12/2021

URGENT

M. Abdellah JENNANE

- NFS
- Urée créatinine sérique
- + DFG
- Ionogramme
- Calc - phosphore
- CRP

Dr. Mohammed Anass AMAR

Spécialiste des Maladies des Reins  
et Hémodialyse - INPE : 104235297  
18, Av. Palestine Bettana - Salé  
Tél: 0537.88.53.55 - Fax: 0537.88.06.06

# CENTRE DE BIOLOGIE BETTANA

N° 4 bis, Avenue Sakia Hamra. Bettana - Salé  
Email : centrebiologiebettana@gmail.com - Tél : 05 37 78 56 13

## Facture

Salé, le 22/12/2021

N° facture 21-3713

Date 22/12/2021

Mr JENNANE Abdellah

| Code Acte | Designation Acte                            | Cotation |
|-----------|---|----------|
| NFS       | NUMERATION FORMULE SANGUINE AVEC PLAQUETTES | 80       |
| IONOC     | IONOGRAMME COMPLET                          | 280      |
| MDRD      | Clairance de la Créatinine                  | 0        |
| AU        | Acide Urique                                | 30       |
| PHOS      | Phosphore                                   | 40       |
| CRP       | C Réactive Protéine (CRP)                   | 100      |

|                        |        |
|------------------------|--------|
| Prélèvement en Dirhams | 11,75  |
| Total B                | 530    |
| Total en Dirhams       | 594,75 |

Arrêtée la présente facture à la somme de : Cinq cent quatre-vingt-quatorze dirhams 75 centimes\*\*\*

INPE : 103063400  
CENTRE DE BIOLOGIE BETTANA  
N° 4 bis, Avenue Sakia Al Hamra  
Bettana - Salé  
05 37 78 56 13





Salé, le 22/12/2021

## Compte rendu d'analyses

Dossier N° : 221221-023 Pvt du: 22/12/2021 13:01

Nom : Mr JENNANE Abdellah

Demandé par Dr : AMAR MOHAMMED ANASS

Page : 1/3

## HEMATOLOGIE

Valeurs Usuelles

Antériorité

### NUMERATION FORMULE SANGUINE AVEC PLAQUETTES

(Technique : Fluoro-cytométrie en flux sur SYSMEX XN-350) - N.B : Les valeurs de références varient selon l'âge et le sexe.

#### FORMULE ERYTHROCYTAIRE

|             |   |                        |                 |
|-------------|---|------------------------|-----------------|
| Hématies    | : | 4,20 M/mm <sup>3</sup> | ( 4,08 - 5,6 )  |
| Hémoglobine | : | 12,4 g/dL              | ( 12,9 - 16,7 ) |
| Hématocrite | : | 38,5 %                 | ( 38 - 49 )     |
| VGM         | : | 92 fL                  | ( 83 - 97 )     |
| TCMH        | : | 30 pg                  | ( 28 - 34 )     |
| CCMH        | : | 32 g/dL                | ( 32 - 36 )     |

#### LEUCOCYTES

: 10050 /mm<sup>3</sup> ( 3800 - 10000 )

#### FORMULE LEUCOCYTAIRE

|                             |   |                                 |                    |
|-----------------------------|---|---------------------------------|--------------------|
| Polynucléaires Neutrophiles | : | 80,4% Soit 8080/mm <sup>3</sup> | ( 1600 - 5900 )    |
| Lymphocytes                 | : | 8,7% Soit 874/mm <sup>3</sup>   | ( 1070 - 4100 )    |
| Monocytes                   | : | 10,1% Soit 1015/mm <sup>3</sup> | ( 230 - 710 )      |
| Polynucléaires Eosinophiles | : | 0,4% Soit 40/mm <sup>3</sup>    | ( 30 - 500 )       |
| Polynucléaires Basophiles   | : | 0,4% Soit 40/mm <sup>3</sup>    | ( Inférieur à 90 ) |

#### PLAQUETTES (PLT)

: 202 000 /mm<sup>3</sup> ( 140000 - 385000 )

#### FROTTIS SANGUIN

: Lymphopénie contrôlée sur frottis sanguin.

CENTRE DE BIOLOGIE BETTANA  
Dr. Adnane MANSOURI MARDASSI

**Mr JENNANE Abdellah**
**Dossier N° : 221221-023**
**Page : 2/3**

## IONOGRAMME SANGUIN

### IONOGRAMME SANGUIN

**Valeurs Usuelles**
**Antériorité**
**Sodium** : 139 mEq/L ( 135 - 145 )

*(Technique : Electrodé sélective sur I-Smart )*
**Potassium** : 5,5 mEq/l ( 3,5 - 5,1 )

*(Technique : Electrodé sélective sur i-Smart )*
**Sérum non hémolysé**
**Chlore** : 100 mEq/L ( 98 - 107 )

*(Technique : Electrodé sélective sur I-Smart )*
**Réserve Alcaline** : 21 mEq/L ( 22 - 30 )

*(Technique : PEP carboxylase )*
**Résultat contrôlé**
**Protéines totales** : 76 g/L ( 66 - 83 )

*(Technique : biuret)*
**Calcium** : 93 mg/L ( 86 - 103 )

*(Technique : Phosphonazo III )*

2,30 mmol/L ( 2,15 - 2,57 )

**Calcium corrigé** : 90,73 mg/L

**Glycémie à jeun** : 1,96 g/L ( 0,7 - 1,1 )

*(Technique : Méthode enzymatique photométrique (GOD-PAP) )*

10,88 mmol/L ( 3,89 - 6,11 )

**N.B : Résultat sous réserve du respect des bonnes pratiques de la phase pré-analytique.**
**Urée** : 1,58 g/L ( 0,18 - 0,55 )

*(Technique : Uréase )*

26,34 mmol/L ( 3 - 9,17 )

**Créatinine** : 48,07 mg/L ( 6 - 12 )

*(Technique : Colorimétrique enzymatique )*

425,00 µmol/L ( 53 - 106 )

CENTRE DE BIOLOGIE BETTANA  
Dr. Adnane EL MAOUI MARDASSI

**Mr JENNANE Abdellah**
**Dossier N° : 221221-023**
**Page : 3/3**

## BIOCHIMIE

**Valeurs Usuelles**
**Antériorité**
**Clairance de la Créatinine**

|                     |   |           |
|---------------------|---|-----------|
| CLAIRANCE (CKD-EPI) | : | 11 ml/min |
| CLAIRANCE (MDRD)    | : | 12 ml/min |

**Interprétation**

|                  |   |
|------------------|---|
| > OU = 90 mL/min | maladie rénale chronique* avec DFG normal ou augmenté |
| 60 à 89 mL/min   | maladie rénale chronique* avec DFG légèrement diminué |
| 30 à 59 mL/min   | insuffisance rénale chronique modérée                 |
| 15 à 29 mL/min   | maladie rénale chronique sévère                       |
| < 15 mL/min      | maladie rénale chronique terminale                    |

\*Avec marqueurs d'atteinte rénale : albuminurie, hématurie, leucocyturie ou anomalies morphologiques ou histologique, ou marqueurs de dysfonction tubulaire, persistant plus de 3 mois (et à deux ou trois examens consécutifs).

|  |   |                    |                   |
|--|---|--------------------|-------------------|
| <b>Acide Urique</b>                            | : | <b>99,09</b> mg/L  | ( 35 - 72 )       |
| (Technique : Photométrie enzymatique Uricase ) |   | 589,6 $\mu$ mol/L  | ( 208,3 - 428,4 ) |
| <b>Phosphore</b>                               | : | <b>36</b> mg/L     | ( 25 - 45 )       |
| (Technique : Phosphomolybdate )                |   | 1,15 mmol/L        | ( 0,8 - 1,44 )    |
| <b>C-Réactive Protéine (CRP)</b>               | : | <b>106,91</b> mg/L | ( Inférieur à 5 ) |
| (Technique : Immunoturbidimétrique )           |   |                    |                   |

**CENTRE DE BIOLOGIE BETTANA**  
Dr. Adnane MARDASSI

*Nous vous remercions de votre confiance*