

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

- Reclamation : 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.



Déclaration de Maladie

N° W21-646572



<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autre												
Cadre réservé à l'adhérent(e)															
Matricule : <u>12291</u>	Société : <u>10210h</u>														
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :													
Nom & Prénom : <u>BOUKDOUR Amine</u>															
Date de naissance : <u>10-03-1981</u>															
Adresse :															
Tél. : <u>06 7266 7586</u> Total des frais engagés :															
<table border="0"> <tr> <td>Cadre réservé au Médecin</td> <td>Cache du médecin :</td> </tr> <tr> <td><u>DR ZOUHAIR MOHAMMED</u></td> <td><u>MEDECIN URGENTISTE</u></td> </tr> <tr> <td><u>CENTRE MEDICAL DARB</u></td> <td><u>Tel: 0522 29 24 29 / 0522 29 00 70</u></td> </tr> <tr> <td><u>HAKAN</u></td> <td><u>0522 29 24 29</u></td> </tr> <tr> <td><u>SYAH</u></td> <td><u>0522 29 00 70</u></td> </tr> </table>				Cadre réservé au Médecin	Cache du médecin :	<u>DR ZOUHAIR MOHAMMED</u>	<u>MEDECIN URGENTISTE</u>	<u>CENTRE MEDICAL DARB</u>	<u>Tel: 0522 29 24 29 / 0522 29 00 70</u>	<u>HAKAN</u>	<u>0522 29 24 29</u>	<u>SYAH</u>	<u>0522 29 00 70</u>		
Cadre réservé au Médecin	Cache du médecin :														
<u>DR ZOUHAIR MOHAMMED</u>	<u>MEDECIN URGENTISTE</u>														
<u>CENTRE MEDICAL DARB</u>	<u>Tel: 0522 29 24 29 / 0522 29 00 70</u>														
<u>HAKAN</u>	<u>0522 29 24 29</u>														
<u>SYAH</u>	<u>0522 29 00 70</u>														
<table border="0"> <tr> <td>Date de consultation : <u>04/01/2019</u></td> <td>Age : <u>38 ans</u></td> </tr> <tr> <td>Nom et prénom du malade : <u>Amine BOUKDOUR</u></td> <td>Conjoint : <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Lien de parenté : <u>Femme + Tante</u></td> <td>Enfant : <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Nature de la maladie : <u>frigo + Tonsi</u></td> </tr> <tr> <td colspan="2">En cas d'accident préciser les causes et circonstances :</td> </tr> <tr> <td colspan="2">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.</td> </tr> </table>				Date de consultation : <u>04/01/2019</u>	Age : <u>38 ans</u>	Nom et prénom du malade : <u>Amine BOUKDOUR</u>	Conjoint : <input type="checkbox"/>	Lien de parenté : <u>Femme + Tante</u>	Enfant : <input type="checkbox"/>	Nature de la maladie : <u>frigo + Tonsi</u>		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.	
Date de consultation : <u>04/01/2019</u>	Age : <u>38 ans</u>														
Nom et prénom du malade : <u>Amine BOUKDOUR</u>	Conjoint : <input type="checkbox"/>														
Lien de parenté : <u>Femme + Tante</u>	Enfant : <input type="checkbox"/>														
Nature de la maladie : <u>frigo + Tonsi</u>															
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 avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASA

Signature de l'adhérent(e) : Amine BOUKDOUR

Le : 04/01/2019

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
04/09/2022		Cn	200 DH	INP :
		Tek Ag	300 D.H.	DR ZOUHAIR MOHAMMED MEDECIN URGENTISTE CENTRE MEDIDARB 0522 29 14 29 0522 29 00 70 0522 29 14 29 0522 29 00 70

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	du 21- 2022.	T = 395,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
<p>LABORATOIRE CASA ANTI Dr. AHOUD KASSI Sidi wa 141 Bis Bd Sidi Abderrahmane Hay Hassani Casablanca +229 513 30 Fax: 05 22 94 84 59</p>	06-01-2011	B = 53	700.00 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
297						
rub 2-1						

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : []
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []
				MONTANTS DES SOINS []
				DEBUT D'EXECUTION []
				FIN D'EXECUTION []
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	$ \begin{array}{c c} H & 25533412 \quad 21433552 \\ \hline D & 00000000 \quad 00000000 \\ & \hline & 00000000 \quad 00000000 \\ B & 35533411 \quad 11433553 \end{array} $			COEFFICIENT DES TRAVAUX []
	[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'EXÉCUTION

PLDT 210436
EXP 02 2024
PPV 7900 70.00

PLDT 210436
EXP 02 2024
PPV 7900 70.00

CENTRE MEDICAL
DAR BOUAZZA



المركز الطبي
دار بوعزة

Ordonnance

Casablanca le 04/01/2009 الدار البيضاء في :

Boukhiam Farine

- 1) NFS
- 2) C.R.P
- 3) O-Primer.

LABORATOIRE CASA ANFA
LABORATOIRE KASSI Sidi
Dr. LAHLOU Abderrahmane
141 Bis Bd Sidi Hassani Casablanca
Hay Hassani Casablanca 22 94 84 cr
Tél : 05 22 95 13 30 Fax : 05 22 95 13 30
Tél : 05 22 95 13 30



CENTRE MEDICAL
DAR BOUAZZA



المركز الطبي
دار بوعزة

Ordonnance

Casablanca, le 04/01/22 الدار البيضاء، في

BOUKDOUR ATTINE

Faire un Test Antigénique Covid 19

DR ZOUHAIR MOHAMMED
MEDECIN URGENTISTE
~~CENTRE MEDICAL DARB~~
Tél : 0522 29 24 29 / 0522 29 00 70
GSM : 06 17 89 17 07

CENTRE MEDICAL

DAR BOUAZZA



DARB URGENCES

المركز الطبي
دار بوعزة

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigne Dr ZOUHAIR MOHAMMED Certifie que :

Le (a) nommé(e) :BOUKDOUR AMINE

CIN° :BE742654

A bénéficié du test Antigénique Rapide du COVID19 par Prélèvement Naso-Pharyngé :

LE : 04/01/2022

Et le résultat a été :**POSITIF.**

- Le (a) patient(e) peut vivre en collectivité (d confiner ou se) avec respect des mesures de barrière et des règles d hygiène destinées à la population générale :
- Port de masques.
- Maintien d une distance minimale d un mètre entre les personnes.
- Lavage fréquent des mains à l'eau et au savon ou une solution hydro-alcoolique

Ce certificat est délivré à l'intéressé ; sur sa demande pour servir et faire valoir ce que de droit.

DR ZOUHAIR MOHAMMED
MEDICO URGENTISTE
CENTRE MEDICAL DARB
Tél : 0522 29 24 29 / 0522 29 00 70
GSM : 06 17 89 17 07



مختبر التحاليلات الطبية البيضاء أنفا

LABORATOIRE DE BIOLOGIE MEDICALE CASA ANFA

Docteur Salwa LAHLOU KASSI
Médecin biologiste

د. سلوى لحلو قصبي
طبيبة إحيائية

Compte rendu d'analyses

Demandé par Dr : ZOUHAIR Mohamed

Centre Médical Dar Bouazza – 217 Sela Plaza – Centre commercial Carrefour – Dar Bouazza
Tel : 05.22.29.24.29 Fax :

Casablanca
Édité le : 04-01-2022

Mr BOUKDOUR Amine

Date de naissance :
10-03-1981

Réf : 2201040004



Code Patient : 2201040004

Examen du : 04-01-2022

Heure Plvt : 12:00

Page : 1 / 2

HEMATOLOGIE

HEMOGRAMME:(Sysmex XN-350)

[Les valeurs de référence sont automatiquement éditées en fonction de l'âge, du sexe, de l'état physiologique du patient(e)]

Hématies :

Hémoglobine :

Hématocrite :

VGM :

TCMH :

CCMH :

6.20 Millions/mm³ (4.28–6.00)

17.4 g/dL (13.0–18.0)

53.0 % (39.0–53.0)

85 μ ³ (76–98)

28 pg (26–34)

32.8 g/dL (31.0–36.5)

Leucocytes :

Polynucléaires neutrophiles :

Soit:

✓ 8 300 /mm³ (4 000–11 000)

46.5 %

3 860 /mm³ (1 400–7 700)

Polynucléaires éosinophiles :

Soit:

1.0 %

83 /mm³ (20–630)

Polynucléaires basophiles :

Soit:

0.6 %

50 /mm³ (0–110)

Lymphocytes :

Soit:

41.9 %

3 478 /mm³ (1 000–4 800)

Monocytes :

Soit:

10.0 %

830 /mm³ (180–1 000)

Plaquettes :

180 10³/mm³

(150–400)

Commentaire :

Hémogramme normal.

Dr. SALWA LAHLOU KASSI
141 Bis Bd Sidi Abderrahmane
Hay Hassani Casablanca
Tél.: 0522 95 13 30 Fax: 05 22 94 84 50
Mobile: 0522 95 13 30



مختبر التحليلات الطبية البيضاء أنفا

LABORATOIRE DE BIOLOGIE MEDICALE CASA ANFA

Docteur Salwa LAHLOU KASSI
Médecin biologiste

د. سلوى لحلو قصي
طبيبة إحيائية

Mr BOUKDOUR Amine

Dossier N° : 2201040004

Page : 2 / 2

BILAN INFLAMMATOIRE

Protéine C-réactive (CRP) 8.75 mg/L (<6.00)
(Immunoturbidimétrie – INDIKO Plus – Thermo fisher)

Résultat contrôlé

HEMOSTASE

D-Dimères 210.31 ng/ml (<500.00)
(Technique immunoenzymatique ELFA – Vidas – Biomérieux) 0.21 µg/ml (<0.50)

Commentaire:

En association avec un score de probabilité clinique non élevée (faible ou moyenne), un résultat normal (<500 ng/mL) permet d'exclure une thrombose veineuse profonde (TVP) et une embolie pulmonaire (EP) avec une haute sensibilité.

NB: Pour les EP, le seuil de décision est soit à 500 ng/ml, soit ajusté à l'âge tel que:

- < 50 ans: seuil de décision à 500 ng/ml
- > ou = 50 ans: âge x 10 ng/ml (exemple: seuil à 650 ng/ml pour 65 ans)

NB: Changement de technique le: 09/12/2020

Validé par :Dr. LAHLOU KASSI Salwa

LABORATOIRE CASA ANFA
Dr. LAHLOU KASSI Salwa
141 Bis Bd Sidi Abderrahmane
Hay Hassani Casablanca
Tel: 05 22 95 13 30 Fax: 05 22 94 84 50



مختبر التحاليل الطبية البيضاء أنفا

LABORATOIRE DE BIOLOGIE MEDICALE CASA ANFA

Docteur Salwa LAHLOU KASSI
Médecin biologiste

د. سلوى لحلو قصي
طبيبة إحيائية

FACTURE N° : 220100006
ICE : 00213193000018 / INPE : 093062602 / IF : 26096619

CASABLANCA le 04-01-2022

Mr BOUKDOUR Amine

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Prélèvement sanguin	E12	E
0216	Numération formule	B80	B
0370	CRP	B100	B
	D-Dimères	B350	B

Total des B : 530

TOTAL DOSSIER : 700.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : sept cents dirhams .

LABORATOIRE CASA ANFA
Dr. LAHLOU KASSI Salwa
141 bis Bd Sidi Abderrahmane
Hay Hassan - Casablanca
Tél: 05 22 95 13 30 Fax: 05 22 94 84 55