

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.

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° P19- 047363
ND: 102430

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5820 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : KHEDROUF ABDEL FATAH
Date de naissance : 02/15/60
Adresse : HABILITATION
Tél. 0661550934 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 29/11/2021
Nom et prénom du malade : MADIH RABIA Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : HTA
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 : *Benicoud* Le : 29/11/21
Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-047363

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
29/11/20	C5 + ECC		250 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

29/11/20

478,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
532,50 DH	01/12/20		

LABORATOIRE CENTRAL ERRAZI
BERRECHID
Dr Abdelhamid HAWAZINE
Pharmacien Biologiste

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

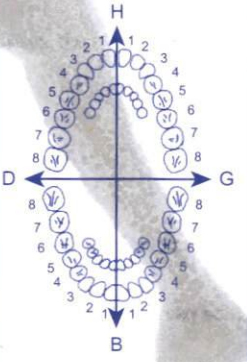
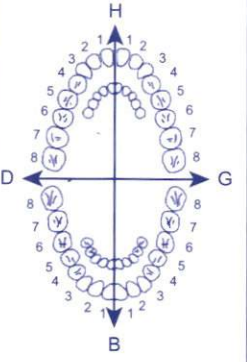
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<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>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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



Dr. Mourad FILALI LEMDERSI

Spécialiste en Cardiologie et Maladies Vasculaires

د. مراد الفيلالي لهدرسى

إختصاصى في أمراض القلب و الشرايين

Mme/Mr :

Berrechid le

• دبلوم التخصص في أمراض

القلب من الطب بباريس

159,60

159,60

159,60

• أليسة

• أليسة

• د. NANCY

• Diplôme de Cardiographie
de la faculté de Médecine
de NANCY

• Diplôme de Cardiologie du sport
de la faculté de Médecine de
PARIS

• Rythmologie

• Ancien praticien des Hôpitaux
de France

• Membre de la Société
Française de Cardiologie

159,60 x 3
Signature 10/21

100-00
(07) 21 21 21
Dr. Mourad FILALI LEMDERSI
Angle Bd Mohamed V et Rue Yacoub El Mansour - Rés Haj Ahmed Berrechid
Entrée B - 1er Etage - N° 1 - Berrechid
Tél. 05 22 51 76 61

478,50

صيدلية مسجد الرياض
Pharmacie Mosquée Riad

Dr. Siham TAMER

05 22 51 76 61
Tél / Fax: 05 22 51 76 61

Angle Bd Mohamed V et Rue Yacoub El Mansour - Rés Haj Ahmed Berrechid

Entrée B - 1er Etage - N° 1 - Berrechid Tél. 05 22 51 76 61

Email: filali.cardiologie@gmail.com - **Gsm Urgence: 06 84 84 15 84**

Bilan Biologique

Docteur Mourad FILAL LEMDERSI
Cardiologue
Angle Av Mohamed V & Rue Yaacoub
El Mansour Residence Maj Ahmed
Entrée B 1er Etage App N° 1
Tel 06 22 51 76 61 Berrechid

Le : 20/11/2021

Nom/Prénom : ANOUM ANOUM Age : Sexe : H ☐ F ☐

Hématologie

- ☒ NFS
- ☒ Plaquettes
- ☐ VS
- ☐ CRP
- ☐ Hémoculture

Bilan martial

- ☐ Fer sérique
- ☐ CTF
- ☐ Ferritine
- ☐ Transferrine

Hémostase

- ☐ Temps de Prothrombine
- ☐ TCK
- ☐ Fibrinogène
- ☐ INR

Glucose

- ☐ Glycémie à jeun
- ☐ Hyperglycémie par VO
- ☒ Hémoglobine glyquée

Ionogramme sanguin

- ☒ Na+
- ☒ K+
- ☐ Cl+
- ☐ Ca++
- ☐ Phosphore
- ☐ Mg++
- ☐ Bicarbonates (HCO3-)
- ☒ Urée
- ☒ Créatinine
- ☒ Acide urique

Autres :

Bilan lipidique

- ☒ Cholestérol total
- ☒ Cholestérol HDL
- ☒ Cholestérol LDL
- ☒ Triglycérides

Fonction hépatique et enzymologie

- ☐ Amylasémie
- ☐ Bilirubine libre et conjuguée
- ☐ Phosphatases acides
- ☐ Phosphatases alcalines
- ☐ Lactate Déshydrogénase LDH
- ☐ Transaminases ASAT, ALAT
- ☐ Gamma-GT
- ☐ 5'Nucléotidase
- ☐ CPK (Créatine Phosphokinase)
- ☐ Troponine
- ☐ Electrophorèse des protéines
- ☐ BNP

Ionogramme urinaire

- ☐ Ca++
- ☐ Phosphore
- ☐ Na+
- ☐ K+
- ☐ Urée
- ☐ Créatinine

Examen des urines

- ☐ Protéinurie des 24h
- ☐ ECBU
- ☐ Antibiotogramme

Groupage sanguin

- ☐ ABO
- ☐ Rhésus
- ☐ RAI

Sérologie et immunologie

- ☐ VDRL-TRHA
- ☐ Hépatite B
 - ☐ Antigène Hbs
 - ☐ Anticorps Anti-Hbs
 - ☐ Anticorps Anti-Hbc
 - ☐ Anticorps Anti-Hbe
- ☐ Hépatite C
 - ☐ Anticorps Anti-HVC
- ☐ Sérologie Toxoplasmose
- ☐ Sérologie Rubéole
- ☐ B-HCG Plasmaticque

- ☐ Facteur Rhumatoïde :
 - ☐ (Latex, Waaler Rose)
 - ☐ Anticorps anti-nucléaires
 - ☐ Anticorps anti-DNA natif
 - ☐ ASLO
 - ☐ Dosage du Complément

LABORATOIRE CENTRAL ERRAZI
BERRECHID
Dr Abdelhamid HAWAZINE
Pharmacien Biologiste

FACTURE N° : 21010049

BERRECHID : 01/12/2021
Nom et Prénom ... : Madame Rabia MADIH
Prescripteur : Dr. MOURAD FILALI LEMDESI

Bilan :

NFS B80+ HBAC B100+ NA B30+ K B30+
URE B35+ CREA B35+ AUR B30+ CHOL B30+
TRIG B40+ HDL B30+ LDL B35+

Montant Net : 532,50 Dhs

Arrêtée la présente facture à la somme de:

Cinq cent trente deux Dirhams et cinquante centimes

Dr. A HAWAZINE

LABORATOIRE CENTRAL ERRAZI

BERRECHID

Dr Abdelhamid HAWAZINE

Pharmacien Biologiste



INPE 063060990



Dr. MOURAD FILALI LEMDERSI

Date du prélèvement : 01/12/21

Dossier édité le : 01/12/2021

Code Patient : 87515

Mme MADIH Rabia



Page : 2 / 2

Prélèvement Effectué au Laboratoire

011221 036

POTASSIUM	: 4,60	mmol/l	(3.5 à 5.00)
UREE	: 0,30	g/l	(0,13 à 0.43)
	ou : 4,98	mmol/l	(1,70 à 7,60)
CREATININE	: 7,00	mg/l	(6,0 à 11,0)
Méthode Enzymatique		ou $\mu\text{mol/l}$: 61,60	(44 à 106)
ACIDE URIQUE	: 48.83	mg/l	(26 à 60)
	ou : 290,65	$\mu\text{mol/l}$	(210 à 420)
CHOLESTEROL TOTAL	: 2,22	g/l	(< 2,20)
	ou : 5,73	mmol/l	(3,61 à 5,68)
TRIGLYCERIDES	: 1,87	g/l	(<1.50)
	ou : 2,13	mmol/l	(< à 1,72)
CHOLESTEROL HDL	: 0,55	g/l	(0.30 à 0.60)
	ou : 1,42	mmol/l	(à > 1,03)
CHOLESTEROL LDL	: 1,30	g/L	

Nbr de facteurs de risque* | Valeur Cible du LDL-C (g/l) |

aucun < 2,20

1 < 1,90

2 < 1,69

> ou = 3 < 1,30

Patient à haut risque < 1,00

*: Diabète, obésité, HTA, age>60ans, tabac, HDL-C<0,40g/L et antécédents familiaux de maladie coronaire.



INPE 063060990

LABORATOIRE CENTRAL ERRAZI
BERRECHID
Dr Abdelhamid HAV
Pharmacien Biolo



Dr. MOURAD FILALI LEMDERSI

Date du prélèvement : 01/12/21

Dossier édité le : 01/12/2021

Code Patient : 87515



Mme MADIH Rabia

Page : 1 / 2

Prélèvement Effectué au Laboratoire

011221 036

HEMATOLOGIE

ABX PENTRA 60

Valeurs de référence

Antécédents

HEMOGRAMME sur Automate ABX Pentra 60 (HORIBA)

LOBULES ROUGES	: 4,52	M/ μ l	(3,8 à 5,4)
HEMOGLOBINE	: 13,70	g/dL	(12,5 à 15,5)
HEMATOCRITE	: 39,70	%	(37 à 47)
V.G.M	: 87,83	μ 3	(82 à 98)
T.C.M.H	: 30,31	pg	(>OU= 27)
C.C.M.H	: 34,51	%	(32 à 36)

PLAQUETTES : 284 000 /mm³ (150 000 à 400 000)

GLOBULES BLANCS : 6 210,00 /mm³ (4 000 à 10 000)

FORMULE LEUCOCYTAIRE :

POLYNUCLEAIRES NEUTROPHILES	: 49,00	%	
Soit	: 3 042,90	/mm ³	(1 800 à 7 500)
POLYNUCLEAIRES EOSINOPHILES	: 3,000	%	
Soit	: 186,3	/mm ³	(100 à 400)
POLYNUCLEAIRES BASOPHILES	: 0,00	%	
Soit	: 0,0	/mm ³	(0 à 200)
LYMPHOCYTES	: 39,00	%	
Soit	: 2 421,9	/mm ³	(1 000 à 4 500)
MONOCYTES	: 9,00	%	
Soit	: 558,9	/mm ³	(200 à 1 000)
TOTAL	: 100,00	%	

BIOCHIMIE SANGUINE

KONELAB 201

Valeurs de référence

Antécédents

HEMOGLOBINE GLYQUEE (HbA1C) : 6,20 %

31/12/20 : 6.10

HPLC(Chromatographie liquide haute pression)sur automate D10 Bio-Rad : Technique de référence.

-L'hémoglobine glyquée d'un sujet normal ou d'un diabétique équilibré se situe entre 4 et 6%

-L'hémoglobine glyquée d'un sujet diabétique non traité ou non équilibré est supérieure à 8,5%

SODIUM : 142,00 mmol/l (133 à 148)



INPE 063060990

LABORATOIRE CENTRAL ERRAZI

BERRECHID

Dr Abdelhamid HAWAZINE

Pharmacien Biologiste

Avenue Mohamed V, Dar Hakami derrière la Préfecture de Police - Berrechid - Tél.: 05 22 32 88 49

Fax : 05 22 32 48 88 - E-mail : hazn.biolog@gmail.com - Patente : 40712914 - RC : 15608

ICE : 001628112000020 - N° 5014 - 15 - 001221 036

FEMME 19/06/1965 (56 ANS) NON PRÉCISÉ
TAILLE: --- cm POIDS: --- kg TA: ---/---
TRAITEMENT:
OPÉRATEUR:
NOTES:

FC:	86	bpm	Non confirmé
PR:	160	ms	
QRSd:	78	ms	
QT/QTc:	368/413	ms	
QTcB:	440	ms	
QTcF:	414	ms	
R v5-6 / S v1	1,05/1,12	mV	
Sok-Lyon:	2,17	mV	
AXES:	45/8/31	°	

