

## 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 Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

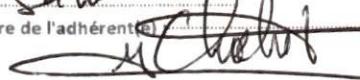
N° W21-614396

20822

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 8224	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	CHAHID Mohamed
Nom & Prénom : CHAHID Mohamed			
Date de naissance : 30/06/67			
Adresse : 76 LILAS FARU BANOL 86402			
Tél. : 0661200567 Total des frais engagés : 82,00 + 300,00 = 382,00			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 03/03/2022			
Nom et prénom du malade : CHAHID Mohamed Age :			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Ame.			
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.			

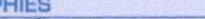
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : 03/03/2022

Signature de l'adhérent(e) : 

Signature de l'assureur : 

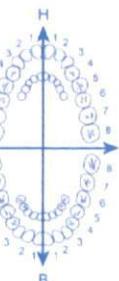
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
03-22	42	1	300.00	INF : 091045930 

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	07/03/2		

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		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.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																		
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																		
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		<b>Dents Traitées</b> (List of treated teeth)	<b>Nature des Soins</b> (Nature of treatments)	<b>Coefficient</b> (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"/>														
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> <b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B
H	G																	
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B	B																	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

Dr. Nezha Eddlimi

Diplôme Universitaire Dermatologie Interventionnelle  
de la Faculté de Médecine de Rabat  
Diplôme Universitaire de lasers à visée Esthétique  
de l'Université Paris Descartes  
Diplôme Européen des injections à visée Esthétique  
de l'Université Paris Descartes  
Diplôme Universitaire en Nutrition et Diététique Médicale  
de la Faculté de Médecine de Fès  
Certificat d'Échographie Clinique de la Faculté de  
Médecine et de Pharmacie de Casablanca

د

الدكتورة نزهة الدليمي

شهادة جامعية في الطب الجلدي التداخلي من كلية

الطب بالرباط

شهادة جامعية في التجميل بالبزز بباريس - ديكارت

شهادة جامعية أوروبية في الحقن التجميلي بباريس

- ديكارت

شهادة جامعية في التغذية والتربية الغذائية

من كلية الطب بفاس

الفحص بالصدى من كلية الطب والصيدلة بالبيضاء

Omnipraticienne

Casablanca le : 04/03/2029 الدار البيضاء في:

289.00

①

Cu 20mg 20mg

115 22 1mg

PHARMACIE EL AYANI  
Rue Sidi Bernoussi, Casablanca  
Docteur El AYANI  
Route Bouskoura 18, Km 11  
Ouled Haddou Casablanca

Maphar  
Bd Alikmia N° 6, Ql.  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Cu 20mg cap molle b30  
P.R.V : 289,00 DH  
6 116001 180721

Dr. Nezha Eddlimi  
Omnipraticienne  
Bt Al Qods, Résidence Habib Eddine  
Imm. B.2éme étage N°24 Casablanca

د

شارع القدس إقامة حبيب الدين عمارة ب الطابق الثاني رقم 24 - الدار البيضاء

Bd.Al Qods, Résidence Habib Eddine Imm.B.2éme Étage N°24 Casablanca - Tél : 05 22 97 52 27

Dr. Nezha Eddlimi

Diplôme Universitaire Dermatologie Interventionnelle  
de la Faculté de Médecine de Rabat  
Diplôme Universitaire de lasers à visée Esthétique  
de l'Université Paris Descartes  
Diplôme Européen des injections à visée Esthétique  
de l'Université Paris Descartes  
Diplôme Universitaire en Nutrition et Diététique Médicale  
de la Faculté de Médecine de Fès  
Certificat d'Échographie Clinique de la Faculté de  
Médecine et de Pharmacie de Casablanca

د

الدكتورة نزهة الدليمي

شهادة جامعية في الطب الجلدي التداخلي من كلية  
الطب بالرباط  
شهادة جامعية في التجميل بالليزر بباريس - ديكارت  
شهادة جامعية أوروبية في الحقن التجميلي بباريس  
- ديكارت

شهادة جامعية في التغذية والتربية الغذائية  
من كلية الطب بفاس  
الفحص بالصدى من كلية الطب والصيدلة بالبيضاء

Omnipraticienne

Casablanca le : ..... 03/02/22 الدار البيضاء في:

CHADY

CHAM

Ⓐ NFS ٣٩  
Ⓑ ure. W.  
Ⓒ transm.  
Ⓓ Clostridium

tr. W.

LABORATOIRE STIDIMARABOUT  
Tél. N°. 001681692000016  
Tél. N°. 00606866178 N°. 36159885  
Tél. N°. 0951734107  
Tél. N°. 406006866178 N°. 36159885

Dr. Nezha Eddlimi  
Omnipraticienne  
Cham  
Chady

شارع القدس إقامة حبيب الدين عمارة ب الطابق الثاني رقم 24 - الدار البيضاء

Bd.Al Qods, Résidence Habib Eddine Imm.B.2éme Étage N°24 Casablanca - Tél : 05 22 97 52 27

# *Laboratoire d'Analyses Médicales*

## Sidi Maarouf

## Facture

Casablanca, le 07/03/2022

Dossier N°: 030322-054 du: 03/03/2022

Médecin Dr : EDDLIMI NEZHA

Patient :Enf CHAHID Chady

Analyse	Valeur en B	Montant
HEMOGRAMME : NFS + PLQ	80	107,20
UREE	30	40,20
CREATININE	30	40,20
CHOLESTEROL TOTAL	30	40,20
HDL-CHOLESTEROL	50	67,00
LDL- CHOLESTEROL	50	67,00
TRIGLYCERIDES	50	67,00
SGOT/ASAT aspartate aminotransférase	50	67,00
SGPT/ALAT alanine-aminotransférase :	50	67,00

#### Montant de prélèvement :

20.00

#### Total en dirhams à payer:

582 80



# مختبر التحاليل الطبية سidi معارف

## LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES SIDI MAAROUF

Bactériologie - Biochimie - Hématologie - Immunologie - Mycologie - Parasitologie - Virologie

Dr. Ghizlane HADDIOUI  
Médecin Biologiste

Casablanca, le 03/03/2022

Code Patient : 17-04617

### Compte rendu d'analyses

Dossier N° : 030322-054      Pvt du: 03/03/2022 10:35

Nom : Enf CHAHID Chady

Demandé par Dr : EDDLIMI NEZHA



Page : 1/2

### ANALYSES D'HEMATOLOGIE

**HEMOGRAMME : NFS + PLQ**  
(SYSMEX XS 500i)

				Valeurs Usuelles	Antériorité
Globules rouges	:	5,32	$10^6/\text{mm}^3$	( 4,1 - 5,5 )	5,41 (29/05/20)
Hémoglobine	:	<b>15,20</b>	g/dl	( 11,5 - 14,5 )	15,00 (29/05/20)
Hématocrite	:	42,50	%	( 29 - 45 )	41,80 (29/05/20)
VGM	:	79,89	fL	( 74 - 91 )	77,26 (29/05/20)
TCMH	:	28,57	pg	( 24 - 30 )	27,73 (29/05/20)
CCMH	:	35,76	g/dl	( 28 - 36 )	35,89 (29/05/20)
Globules blancs	:	5740	$/\text{mm}^3$	( 4500 - 13000 )	12060 (29/05/20)
<b>Formule sanguine</b>	:				
Neutrophiles	:	50,9	%	2922 $/\text{mm}^3$	8080 (29/05/20)
Lymphocytes	:	38,9	%	2233 $/\text{mm}^3$	2979 (29/05/20)
Monocytes	:	6,1	%	350 $/\text{mm}^3$	543 (29/05/20)
Eosinophiles	:	3,8	%	218 $/\text{mm}^3$	434 (29/05/20)
Basophiles	:	0,3	%	17 $/\text{mm}^3$	24 (29/05/20)
Plaquettes	:	268000	$/\text{mm}^3$	( 150000 - 400000 )	224000 (29/05/20)

LABORATOIRE SIDI MAAROUF  
Dr. Gh. HADDIOUI  
Médecin Biologiste  
Dr. Gh. HADDIOUI  
Sidi Maarouf Casablanca  
Tél. : 05 22 33 52 09 / 05 22 78 03 20 / 05 22 33 52 71 • GSM : 06 68 15 24 24 • E-mail : labosidimaaarouf@gmail.com  
Fax : 05 22 33 52 71



# مختبر التحاليل الطبية سidi معارف

## LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES SIDI MAAROUF

Bactériologie - Biochimie - Hématologie - Immunologie - Mycologie - Parasitologie - Virologie

Dr. Ghizlane HADDIOUI  
Médecin Biologiste

Enf CHAHID Chady

Dossier N° : 030322-054

Page : 2/2

### ANALYSES DE BIOCHIMIE (SANG)

			Valeurs Usuelles	Antériorité
UREE (Technique enzymatique à l'uréase UV))	:	0,31 5,16	g/l mmol/l	( 0,1 - 0,45 ) ( 1,67 - 7,5 )
CREATININE (Technique enzymatique)	:	6,8 60,2	mg/l μmol/l	( 3 - 8 ) ( 26,55 - 70,8 )
CHOLESTEROL TOTAL (Tech enzymatique colorimétrique au CHOD)	:	1,21 3,12	g/l mmol/l	( Inférieur à 2,2 ) ( Inférieur à 5,16 )
HDL-CHOLESTEROL (Dosage enzymatique direct oxydase/PEG)	:	0,40 1,02	g/l mmol/l	( Supérieur à 0,4 ) ( Supérieur à 1,05 )
LDL-CHOLESTEROL (calcul: formule de Friedwald pour les valeurs de triglycérides < 3,4 g/l)	:	0,65 1,66	g/l mmol/l	( Inférieur à 1,5 ) ( Inférieur à 3,89 )

Valeurs souhaitables du LDL-Cholesterol (g/l) en fonction du nombre de facteurs de risque cardiovasculaire\*

Selon l'AFSSAPS:

- Présence de 0 à 1 facteur de risque : LDL < 1,6
- Présence de 2 facteurs de risque ou plus : LDL < 1,3
- Présence d' antécédents de maladies cardiovasculaires : LDL < 1

\*Selon l'AFSSAPS, les facteurs de risque sont : l'âge, les antécédents familiaux de maladie coronaire précoce, le tabagisme, l'HTA, diabète type de type 2 et HDL < 0,40 g/l

TRIGLYCERIDES (Enzymatique)	:	0,78 0,89	g/l mmol/l	( Inférieur à 1,5 ) ( Inférieur à 1,71 )
SGOT/ASAT aspartate-aminotransférase (Tech. cinétique IFCC)	:	16	UI/l	( Inférieur à 40 )
SGPT/ALAT alanine-aminotransférase (Techn. cinétique IFCC)	:	10	UI/l	( Inférieur à 45 )

LABORATOIRE SIDI MAAROUF  
Dr. Gh. HADDIOUI  
Médecin Biologiste  
Rd Pt Sidi Maarouf Casablanca  
Tel: 0522 33 52 09 / 0668 15 24 24  
Fax: 0522 33 52 09