

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

itions 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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de réeducations.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

taire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

ladie 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

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° M21- 0060922 /330

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3309 Société : *MAOTNA*

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : *AIT BEL AULIS BAPTA*

Date de naissance : 08/10/1966

Adresse : *Immeuble Rue S. M. N° 178*

Tél. : 0696786470 Total des frais engagés : *11700* Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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) :



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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE AIN CHOCK D'ANALYSES MEDICALES	103/28		630 DH
FACTURATION A Tél. : 0522 215 089			

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 canalaire, ainsi que le bilan d'exploration.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS	
	H	25533412	21433552		
	D	00000000	00000000		
	B	00000000	00000000		
	G	35533411	11433553		
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession					DEBUT D'EXECUTION
	H	25533412	21433552		
	D	00000000	00000000		
	B	00000000	00000000		
	G	35533411	11433553		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				FIN D'EXECUTION	
	H	25533412	21433552		
	D	00000000	00000000		
	B	00000000	00000000		
	G	35533411	11433553		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION					COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	25533412	21433552		
	D	00000000	00000000		
	B	00000000	00000000		
	G	35533411	11433553		
MONTANTS DES SOINS				DATE DU DEVIS	
	H	25533412	21433552		
	D	00000000	00000000		
	B	00000000	00000000		
	G	35533411	11433553		
DATE DE L'EXECUTION					DATE DE L'EXECUTION
	H	25533412	21433552		
	D	00000000	00000000		
	B	00000000	00000000		
	G	35533411	11433553		



Date : 10/03/22

BILAN BIOLOGIQUE

Nom et Prénom : Mme DIT BELLOUDI Soumnia

Service : HDJ Consult-Urg Hospit Réa Hémato

- | | | |
|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> NFS - Pq | <input type="checkbox"/> Hémog. Glyquée | <input type="checkbox"/> Troponine |
| <input type="checkbox"/> Groupage - Rh | <input type="checkbox"/> Calcémie | <input type="checkbox"/> Pro-BNP |
| <input type="checkbox"/> RAI | <input checked="" type="checkbox"/> ASAT – ALAT | <input type="checkbox"/> Cortisolémie 8h |
| <input type="checkbox"/> TP – TCK | <input type="checkbox"/> BC – BN – BT | <input type="checkbox"/> βHCG |
| <input type="checkbox"/> INR | <input type="checkbox"/> Gamma GT | <input type="checkbox"/> αFP |
| <input type="checkbox"/> Fibrinogène | <input type="checkbox"/> PAL | <input checked="" type="checkbox"/> ACE |
| <input type="checkbox"/> D-Dimères | <input type="checkbox"/> Cholestérol | <input type="checkbox"/> CA 125 |
| <input type="checkbox"/> Ferritine | <input type="checkbox"/> LDL, HDL | <input type="checkbox"/> CA19-9 |
| <input type="checkbox"/> CRP | <input type="checkbox"/> Triglycérides | <input type="checkbox"/> CA 15-3 |
| <input type="checkbox"/> VS | <input type="checkbox"/> Vitamine D | <input type="checkbox"/> PSAT |
| <input type="checkbox"/> PCT | <input type="checkbox"/> TSH | <input type="checkbox"/> ECBU |
| <input type="checkbox"/> Ionogramme | <input type="checkbox"/> LDH | <input type="checkbox"/> Hémoculture |
| <input checked="" type="checkbox"/> Urée – Crétat. | <input type="checkbox"/> Lipasémie | <input type="checkbox"/> Copro-parasito |
| <input type="checkbox"/> Glycémie | <input type="checkbox"/> Amylasémie | des selles |

Autres :

LABORATOIRE AIN CHOCK
D'ANALYSES MEDICALES
FACTURATION A
tél : 0522 215 089

Signature et cachet du Médecin

Docteur Omar ALAMI
Oncologue Radiothérapeute
INP : 091005751
Ryad Oncologia Clinic



Nom prénom : Mme Saadia AIT BELOUALI
Date de naissance : 28-10-1966
Prélèvement du : 29-03-2022 17:36
Référence : 2203292032
Prescripteur :

ICE : 00 17 1 39 24 00 0036

INPE : 097165385

IF : 15235587



097165385

Facture – Relevé N° : 220300340

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Clé	Clé	Total
PSA 0359	Prélèvement sang adulte	E17	E	17.00 MAD
	ACE	B250	B	335.00 MAD
0216	Numération formule	B80	B	107.20 MAD
	ALAT (transaminase TGP)	B50	B	67.00 MAD
	ASAT (transaminase TGO)	B50	B	67.00 MAD
	Créatinine	B30	B	40.20 MAD
			Total	633.40 MAD

TOTAL DES B : 460

TOTAL A PAYER : 630

LABORATOIRE AIN CHOCK
D'ANALYSES MEDICALES
FACTURATION A
Tél. : 0522 215 089

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

six cent trente dirhams

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.



LABORATOIRE
AIN CHOCK

مخابر التحاليل الطبية

Laboratoire d'analyses médicales

Hématologie, Bactériologie, Parasitologie, Mycologie, Virologie
Immunologie, Hormonologie, Oncologie, Spermologie

Dr BENNIS Noor

- Diplômée de la faculté de médecine et pharmacie de Rabat
- ainsi de la faculté CEU de Madrid
- Diplôme de fertilité à la faculté UIASS
- Formation en autoimmunité

Numéro de demande : A220340226

Prélèvement à : 29-03-2022

Cher confrère, voici les analyses demandées ci-joint
résultats recto-verso

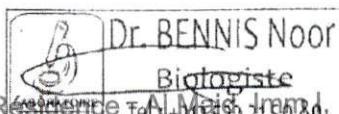
Nom Prénom : Mme AIT BELOUALI Saadia
Né(e) le : 28-10-1966
Prescripteur : Dr ALAMI OMAR
Edition du : 30-03-2022

HEMATOLOGIE

HEMOGRAMME:

	Résultats	Valeurs attendues	Antécédents
GLOBULES ROUGES			
Hématies :	3.83 T/L	(3.90-5.40)	
Hémoglobine :	11.3 g/dL	(12.0-15.6)	
Hématocrite :	34.8 %	(35.5-45.5)	
VGM :	90.9 fL	(80.0-99.0)	
TCMH :	29.5 pg	(27.0-33.5)	
CCMH :	32.5 g/dL	(30.0-36.0)	
RDW :	19.4 %	(0.0-18.5)	
GLOBULES BLANCS			
Leucocytes :	5.38 G/L	(3.90-10.20)	
	5 380 /mm ³	(3 900-10 200)	
Formule leucocytaire			
Polynucléaires Neutrophiles :	48.2 %	(50.0-70.0)	
Soit:	2.59 G/L	(1.50-7.70)	
	2 590 mm ³	(1 500-7 700)	
Polynucléaires Eosinophiles :	0.0 %	(1.0-3.0)	
Soit:	0.00 G/L	(0.02-0.50)	
	0 mm ³	(20-500)	
Polynucléaires Basophiles :	0.4 %	(0.0-1.0)	
Soit:	0.02 G/L	(<0.20)	
	20 mm ³	(<200)	
Monocytes :	11.3 %	(1.0-8.0)	
Soit:	0.61 G/L	(0.10-0.90)	
	610 mm ³	(100-900)	
Lymphocytes :	40.1 %	(20.0-40.0)	
Soit:	2.16 G/L	(1.00-4.00)	
	2 160 mm ³	(1 000-4 000)	
PLAQUETTES :	323 G/L	(150-450)	
	323 000 mm ³	(150 000-450 000)	

GARDE 24h/24h : Tél : 06 90 98 76 87



Dr. BENNIS Noor

Biologiste

173, Angle Bd Al Qods et Bd 2 Mars, Résidence Al Misk, 1^{er} étage N° 5, Casablanca

Tél/Fax : 05 22 21 50 89 - Tél. Urgence : 06 08 80 73 74 / 06 90 98 76 87

E-mail : info@labo-ainchock.ma / labo_ain_chock@outlook.com

CNSS : 440661 - ICE : 00171392400036 - INPE : 097165385 - IF : 15235587

Mme AIT BELOUALI Saadia

BIOCHIMIE SANGUINE

Créatinine

(Dosage enzymatique/technique standardisée)

DFG par CKD EPI:

7.3 mg/L (4.0-11.3)
64.6 µmol/L (35.4-100.0)
92 ml/mn/1.73

Transaminases GPT (ALAT)

35 UI/L (<34)

Transaminases GOT (ASAT)

(Dosage enzymatique)

55 UI/L (<35)

Augmentations isolées de l'ASAT:

- régimes riches en sucres/exercice physique/ stase veineuse/hémolyse/courtes périodes d'excès alimentaires...
- ASAT et l'albumine peuvent former un complexe sérique ce qui augmente l'activité sérique de l'ASAT: Il s'agit alors d'une macro-ASAT mise en évidence par l'électrophorèse. ASAT>10N

MARQUEURS TUMORAUX

Echantillon sérique

ACE

(Dosage CMIA)

3.0 ng/mL (<5.0)

Intervalle de références:

Non-fumeurs < 5 ng/mL
Fumeurs < 10 ng/mL

interprétation:

- Cas de hausse du taux sanguin de l'ACE en présence d'affections non cancéreuses : Ulcère gastroduodénal, Colite ulcèreuse, Polypes rectaux, Emphysème, Maladie bénigne du sein, pancréatite, cholécystite
- Cas des fumeurs : Le taux d'ACE peut aussi être élevé
- Cas de hausse de l'ACE dans les cancers suivants : cancer colorectal++, cancer du sein du poumon, du pancréas, de l'estomac, du foie, de l'ovaire

