

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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.

Educations :

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.

Maladie chronique :

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

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 / 3309

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3309 Société : AA0714
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : AITBELLOULIS A. P. A.
Date de naissance : 28/10/1966
Adresse : 1 rue de la Liberté 5ème étage
Tél. : 06 96 78 64 70 Total des frais engagés : 1.120 Dhs

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

VOLET ADHÉRENT

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue Date Désignation des Coefficients Montant des Honoraires

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

10/3/22

630 DM

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien Date des Soins Nombre Montant détaillé des Honoraires

A M P C I M I V

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

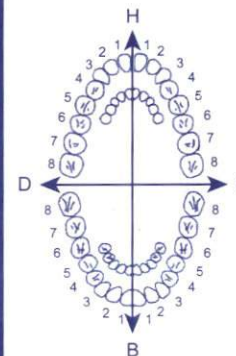
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

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

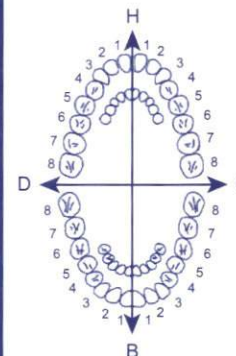
H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 G 00000000
35533411 11433553
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Date : 10/03/22

BILAN BIOLOGIQUE

Nom et Prénom : M^{me} AIT BELWAJDI Houda

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"/> β HCG |
| <input type="checkbox"/> INR | <input type="checkbox"/> Gamma GT | <input type="checkbox"/> α FP |
| <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 - Créat. | <input type="checkbox"/> Lipasémie | <input type="checkbox"/> Copro-parasito |
| <input type="checkbox"/> Glycémie | <input type="checkbox"/> Amylasémie | <input type="checkbox"/> des selles |

Autres :

.....
.....
.....



LABORATOIRE AIN CHOCK
D'ANALYSES MEDICALES
FACTURATION A
Tel : 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



097165385

INPE : 097165385

IF : 15235587

Facture - Relevé N° : 220300340

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Clé	Clé	Total
PSA	Prélèvement sang adulte	E17	E	17.00 MAD
0359	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**

مختبر التحليلات الطبية Laboratoire d'analyses médicales

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

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

Nom Prénom : Mme AIT BELOUALI Saadia

Né(e) le : 28-10-1966

Prescripteur : Dr ALAMI OMAR

Edition du : 30-03-2022

Numéro de demande : A220340226

Prélèvement à : 29-03-2022

Cher confrère, voici les analyses demandées ci-joint

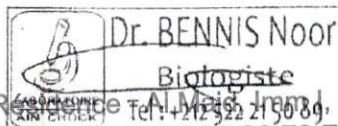
résultats recto-verso

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 /mm3	(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 mm3	(1 500-7 700)	
Polynucléaires Eosinophiles :	0.0 %	(1.0-3.0)	
Soit:	0.00 G/L	(0.02-0.50)	
	0 mm3	(20-500)	
Polynucléaires Basophiles :	0.4 %	(0.0-1.0)	
Soit:	0.02 G/L	(<0.20)	
	20 mm3	(<200)	
Monocytes :	11.3 %	(1.0-8.0)	
Soit:	0.61 G/L	(0.10-0.90)	
	610 mm3	(100-900)	
Lymphocytes :	40.1 %	(20.0-40.0)	
Soit:	2.16 G/L	(1.00-4.00)	
	2 160 mm3	(1 000-4 000)	
PLAQUETTES :	323 G/L	(150-450)	
	323 000 mm3	(150 000-450 000)	

GARDE 24h/24h : Tél : 06 90 98 76 87



173, Angle Bd Al Qods et Bd 2 Mars, Résidence Al Mars, 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 : 001713924000036 - 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 ulcéreuse, 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