

## 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- 044613

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique **117878** ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **1050** Société : **RETRAITE**

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : **EL AZRAK ABDELKRIM**

Date de naissance : **1950**

Adresse : **14, Rue ATHENE 2 MARSE SASSA**

Tél. : **662343962** Total des frais engagés : **785.4** Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **26/05/2022**

Nom et prénom du malade : **EL AZRAK ABDELKRIM** Age : **72**

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : **Affection Respiratoire**

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 : **SA** Le : **03/06/2022**

Signature de l'adhérent(e) : **[Signature]**



### 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 07/05/22        |                   | C                     | G                               |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

### 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 FELLAHI<br>3-25 Rue Abdes alam Khattabi ex. Lissoul<br>Rés. du Palais 2 Mars Casablanca<br>Tel: 0522.852.919 0522.852.616<br>Fax: 0522.852.806 | 28/05/22 | 3560 + PV                    | 775,4 DH.              |
|  |          |                              |                        |
|  |          |                              |                        |
|  |          |                              |                        |
|  |          |                              |                        |
|  |          |                              |                        |
|  |          |                              |                        |

### AUXILIAIRES MEDICAUX

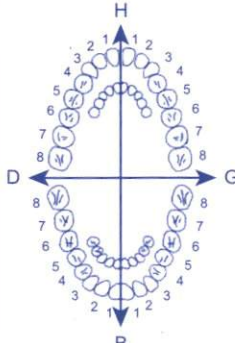
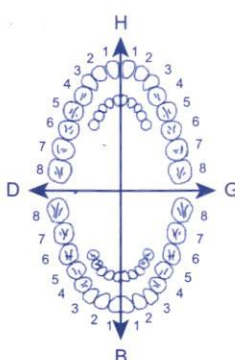
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

### RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES   | Dents Traitées  | Nature des Soins | Coefficient |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|---|---|------------------|-------------|---|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|---|
|    |   |                  |             | CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/><br><br>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/><br><br>DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/><br><br>FIN D'EXECUTION <input type="text"/> |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   |   |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   |   |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   |   |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   |   |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   |   |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   |   |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   |   |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   |   |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   |   |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES  | <b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b><br><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><br><b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |                  |             | H   |  | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  | CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/><br><br>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/><br><br>DATE DU DEVIS <input type="text"/><br><br>DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |
| H   |   |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
| 25533412  | 21433552  |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
| 00000000  | 00000000  |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
| D   | G   |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
| 00000000  | 00000000  |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
| 35533411  | 11433553  |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
| B   |   |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  |   |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   |   |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   |   |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   |   |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   |   |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   |   |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   |   |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   |   |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   |   |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# مصلحة الاختصاصات الشفاء Clinique des Spécialités Achifaa

Angle Rues Lahcen El Arjouni et Lavoisier (face Hôpital 20 Août) - Tél.: 05 22 86 22 86  
05 22 85 92 20 (10 L.G.) - Fax : 05 22 86 22 23 - Casablanca - Maroc

E-mail: Cliniqueachifaa@menara.ma

Docteur :

Casablanca, le :

M. El Azrak Abdelhak

LABORATOIRE FELLANI  
23-25 Rue Abdou el Khatib el Lascoune  
Rés. du Palais Av. 2 Mars Casablanca  
Tél: 0522.852.919 0522.852.676  
Fax: 0522.852.806

- NFS - CRP

- Transaminase, Urée, Créat

-  $K^+$ ,  $Ca^{++}$ ,  $Na^+$

- Glycémie - HSA

Dr. EL KHATTABI W  
Professeur Agrégé  
Pneumo-Allergologie



# مختبر التحليلات الطبية ب. الفلاحي

## LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES FELLAHI

Pr. B. FELLAHI

BIOLOGISTE

ANCIEN PROFESSEUR ET CHEF DE SERVICE  
AU CHU AVICENNE RABAT  
ANCIEN CHEF DU LABORATOIRE DE LA POLYCLINIQUE  
DE LA CNSS DE DERB GHALEF CASA

الأستاذ ب. الفلاحي  
إحيائي

أستاذ جامعي ورئيس مصلحة سابقا  
بالمركز الطبي الجامعي ابن سينا - الرباط  
رئيس سابق لمختبر مصلحة الضمان الاجتماعي  
لدرب غلف الدار البيضاء

Casablanca le samedi 28 mai 2022

Monsieur EL AZRAK ABDELKRIM

FACTURE N° 71720

### Analyses :

|                                      |   |     |               |
|--------------------------------------|---|-----|---------------|
| Numération formule plaquettes -----  | B | 80  |               |
| Sodium -----                         | B | 30  |               |
| Potassium -----                      | B | 30  |               |
| Calcium -----                        | B | 30  |               |
| Glycémie (à jeûn) -----              | B | 30  |               |
| Hémoglobine glycosylée (HBA1C) ----- | B | 100 |               |
| Urée -----                           | B | 30  |               |
| Creatinine sanguine 2 -----          | B | 30  |               |
| Transaminases -----                  | B | 100 |               |
| Protéine C réactive -----            | B | 100 | Total : B 560 |

### Prélèvements :

Sang----- Pc 1,5

TOTAL DOSSIER

775,40 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Sept Cent Soixante Quinze Dirhams et Quarante Centimes

LABORATOIRE FELLAHI  
23-25 rue Abdeslam khattabi (ex Lisbonne) Résidence du palais - Av. 2 Mars - Casablanca  
Rég. du Palais N° 24 Mars 0522 852 676  
Tél: 0522 852 919 0522 852 806  
Fax: 0522 852 806

# مختبر التحليلات الطبية ب. الفلاحي

## LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES FELLAHI

Pr. B. FELLAHI

BIOLOGISTE

ANCIEN PROFESSEUR ET CHEF DE SERVICE  
AU CHU AVICENNE RABAT  
ANCIEN CHEF DU LABORATOIRE DE LA POLYCLINIQUE  
DE LA CNSS DE DERB GHALEF CASA

الأستاذ ب. الفلاحي  
إحيائي

أستاذ جامعي ورئيس مصلحة سابقا  
بالمركز الطبي الجامعي ابن سينا - الرباط  
رئيس سابق لمختبر مصلحة الضمان الاجتماعي  
لدرب غلف الدار البيضاء

Dossier ouvert le 28/05/22

Edité le 30/05/22

Monsieur EL AZRAK ABDELKRIM

Dossier : 22E155

Page : 1

### HEMATOLOGIE

#### HEMOGRAMME (Automate SYSMEX KX 21)

Valeurs usuelles Antériorités  
(Homme Adulte)

16/11/2018

#### NUMERATION GLOBULAIRE

|                      |        |   |                   |              |       |
|----------------------|--------|---|-------------------|--------------|-------|
| HEMATIES (GR).....   | 3,92   | * | M/mm <sup>3</sup> | 4,5 - 5,55   | 4,39  |
| HEMOGLOBINE.....     | 9,2    | * | g/dl              | 14 - 17      | 13,6  |
| HEMATOCRITE.....     | 30,0   | * | %                 | 40 - 50      | 38,9  |
| V.G.M.....           | 77     | * | μ <sup>3</sup>    | 80 - 95      |       |
| T.C.M.H.....         | 23     | * | pg                | 28 - 32      |       |
| C.C.M.H.....         | 31     |   | %                 | 30 - 35      |       |
| LEUCOCYTES (GB)..... | 14 200 | * | /mm <sup>3</sup>  | 4000 - 10000 | 10300 |

#### FORMULE

|                                  |        |                  |  |             |  |
|----------------------------------|--------|------------------|--|-------------|--|
| POLYNUCLEAIRES NEUTROPHILES..... | 71     | %                |  |             |  |
| Soit :                           | 10 082 | /mm <sup>3</sup> |  | 2000 - 7500 |  |
| POLYNUCLEAIRES EOSINOPHILES..... | 2      | %                |  |             |  |
| Soit :                           | 284    | /mm <sup>3</sup> |  | 40 - 300    |  |
| POLYNUCLEAIRES BASOPHILES.....   | 0      | %                |  |             |  |
| Soit :                           | 0      | /mm <sup>3</sup> |  | < 100       |  |
| LYMPHOCYTES.....                 | 20     | %                |  |             |  |
| Soit :                           | 2 840  | /mm <sup>3</sup> |  | 1500 - 4000 |  |
| MONOCYTES.....                   | 7      | %                |  |             |  |
| Soit :                           | 994    | /mm <sup>3</sup> |  | 40 - 800    |  |

NUMERATION DES PLAQUETTES (Sur lame) .... : 232 000 /mm<sup>3</sup> 150000 - 400000 273000

\* microcytose contrôlée sur frottis sanguin

### BIOCHIMIE SANGUINE

|                |     |       |           |     |
|----------------|-----|-------|-----------|-----|
| SODIUM.....    | 139 | mEq/l | 136 - 150 |     |
| POTASSIUM..... | 4,7 | mEq/l | 3,5 - 5,4 | 4,4 |
| CALCIUM.....   | 93  | mg/l  | 86 - 103  |     |

Pr. B. FELLAHI  
Biologiste  
Ancien Professeur à la Faculté de Médecine  
23-25 Rue Abdeslam Khattabi 2 Mars - Casablanca  
Tél: 0522 852 919 - 0522 852 676  
Fax: 0522 852 806



# مختبر التحليلات الطبية ب. الفلاحي

## LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES FELLAHI

Pr. B. FELLAHI

BIOLOGISTE

ANCIEN PROFESSEUR ET CHEF DE SERVICE  
AU CHU AVICENNE RABAT  
ANCIEN CHEF DU LABORATOIRE DE LA POLYCLINIQUE  
DE LA CNSS DE DERB GHALEF CASA

الأستاذ ب. الفلاحي  
إحياني

أستاذ جامعي ورئيس مصلحة سابقا  
بالمركز الطبي الجامعي ابن سينا - الرباط  
رئيس سابق لمختبر مصلحة الضمان الاجتماعي  
لدرب غلف الدار البيضاء

Dossier ouvert le 28/05/22

Edité le 30/05/22

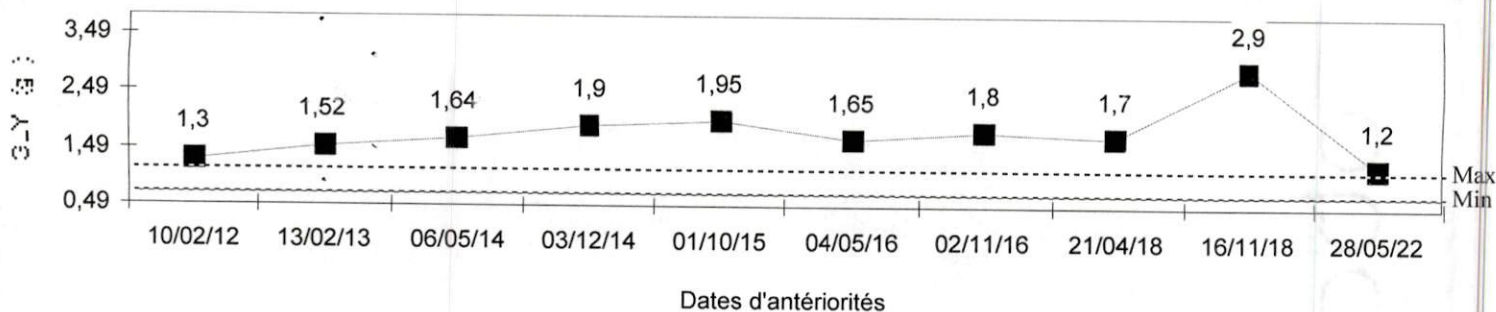
Monsieur EL AZRAK ABDELKRIM

Dossier : 22E155

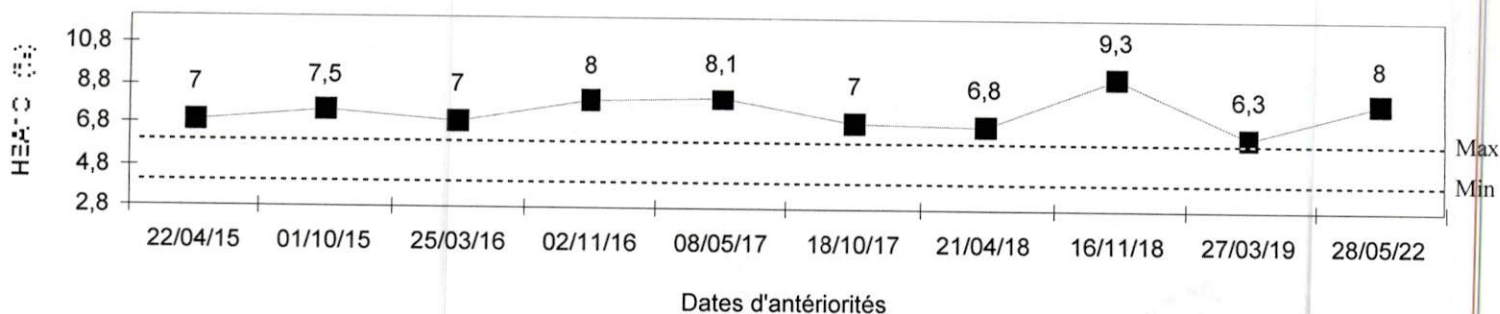
Page : 2

Valeurs usuelles Antériorités

GLYCEMIE A JEUN : 1,20 \* g/l  
Soit : 7 mmol/l 0,7 - 1,1 2,90  
3,86 - 6,06 16



HEMOGLOBINE GLYQUEE (HbA1c) : 8,00 \* %  
4 - 6 27/03/2019 6,30



UREE : 0,42 g/l  
Soit : 7,00 mmol/l 0,1 - 0,45 0,40  
1,66 - 7,5 6,67

CREATININE SANGUINE : 11,0 mg/l  
Soit : 97,3 μmol/l 7 - 12

TRANSAMINASES SGOT (ASAT) : 20 UI/L  
13 - 32 15

TRANSAMINASES SGPT (ALAT) : 25 UI/L  
10 - 40 22

Pr. B. FELLAHI  
Biologiste  
Ancien Professeur à la Faculté de Médecine  
23-25 Rue Abdesslam Khattabi 2 Mars Casablanca  
Tél: 0522 852 919 / 0522 852 676  
Fax: 0522 852 806

# مختبر التحليلات الطبية ب. الفلاحي LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES FELLAHI



**Pr. B. FELLAHI**  
**BIOLOGISTE**

ANCIEN PROFESSEUR ET CHEF DE SERVICE  
AU CHU AVICENNE RABAT  
ANCIEN CHEF DU LABORATOIRE DE LA POLYCLINIQUE  
DE LA CNSS DE DERB GHALEF CASA

الأستاذ ب. الفلاحي  
إحيائي

أستاذ جامعي ورئيس مصلحة سابقا  
بالمركز الطبي الجامعي ابن سينا - الرباط  
رئيس سابق لمختبر مصلحة الضمان الاجتماعي  
لدرب غلف الدار البيضاء

Dossier ouvert le 28/05/22

Edité le 30/05/22

**Monsieur EL AZRAK ABDELKRIM**

Dossier : 22E155

Page : 3

## IMMUNO-SEROLOGIE

04/05/2016

PROTEINE-C-REACTIVE (CRP)..... : 7,00 \* mg/l  
(Technique : Néphélométrie)

< 6

6,60

**Pr. B. FELLAHI**  
Biologiste  
Ancien Professeur à la Faculté de Médecine  
23-25 Rue Abdeslam Khattabi - 2 Mars Casablanca  
Tél: 0522 852 919 / 852 676  
Fax: 0522 852 806