

## 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 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.

### 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

N° W21-601871

122798

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)  
Matricule : 6798

Société :

Actif  Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BEDRI HAMID

Date de naissance :

28-12-1961

Adresse :

Habituelle

Tél. : 06 62 01 48 11

Total des frais engagés : 604,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

21/06/2022

Nom et prénom du malade :

HDL Maroua BEDRI

Age : 16 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Res

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.

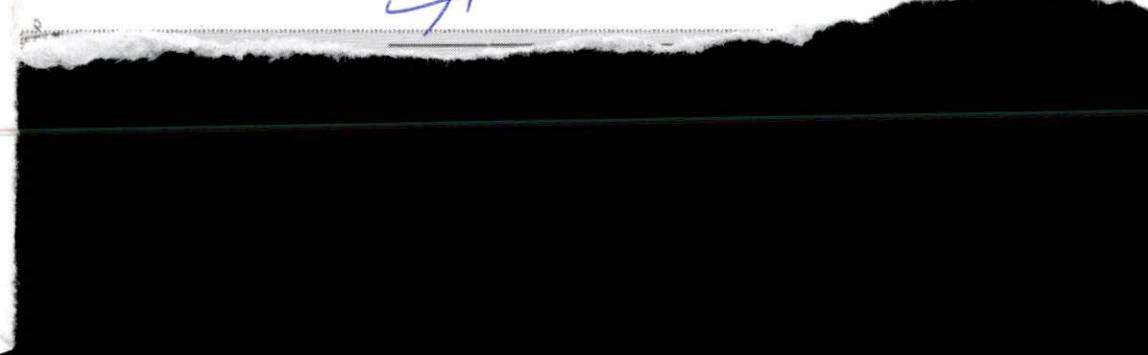
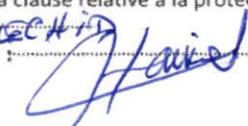
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

BERRECHID

Le : 18/07/2022

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
21/06/22	Sathy -	150\$11s		INP : 061027924 Dr. Chayma EL BOUAZZANI Omniphysique, Ec Résidence 100 Maldou Tél: 0522 32 11 00
23/06/22				

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
pharmacie Bahr BOUGHALI AL BOURG Rue Massa 107 57 08 Tél: 0522 33 65 12	23/06/2022	316,80

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
ANALYSES MEDICALES Mohammed V, BERRECHID Tél: 0522 33 65 12	22/06/22	B 55	137,50

### AUXILIAIRES MEDICAUX

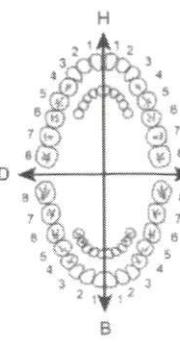
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

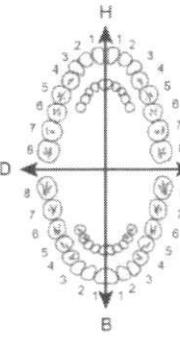
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

#### Important :

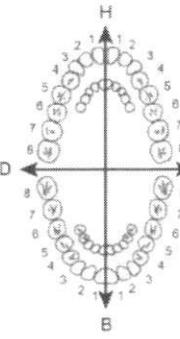
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [ ]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
				MONTANTS DES SOINS [ ]
				DEBUT D'EXECUTION [ ]
				FIN D'EXECUTION [ ]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
				MONTANTS DES SOINS [ ]
				DATE DU DEVIS [ ]
				DATE DE L'EXECUTION [ ]

**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

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

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

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

**[Création, remont, adjonction]**  
Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS      VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Chaymae ELOUAZZANI

Mèdecine générale

Diplomée de la faculté de Mèdecine

Et de la pharmacie de casablanca

Ex Mèdecin au CHU-Casablanca

Ex Mèdecin à l'Hopital Errazi-Berrechid

Ex Mèdecin à l'Hopital Med V-Safi



الدكتورة شيماء الوازاني

الطب العام

خريجة كلية الطب والصيدلة

بالدار البيضاء

طبيبة سابقاً بالمستشفى الجامعي ابن رشد

طبيبة سابقاً بمستشفى الرازي برشيد

طبيبة سابقاً بمستشفى محمد الخامس بأسفي

Berrechid, le..... 28/06/22 ..... برشيد في.....

مله

Marwa

SEOPC

Chox3

① -

Tardyferon



6 118001 103041  
30 comprimés pelliculés  
Tardyferon® 80mg

Distribué par COOPER PHARMA  
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca  
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

319334

40,50 DH



6 118001 103041  
Tardyferon® 80mg  
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA  
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca  
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

Chox3

② -

Ferplex

1530

18 15



Vita C 1000®

PPV 150DH30  
EXP 07/2024  
LOT 16080 26

③ -

V. + C 1000



إقامة ابن خلدون-باب رقم 2 [قرب صيدلية المسجد]-الشقة رقم 2 برشيد-الهاتف: 05 22 32 48 12

Résidence Ibn khaldoun-porte2-appt N°2-Berrechid-Tél:05 22 32 48 12

GSM : 06 62 14 34 32-E-mail : elouazzanichaymae@gmail.com

Dr. Chaymae ELOUAZZANI

Mèdecine générale

Diplomée de la faculté de Mèdecine

Et de la pharmacie de casablanca

Ex Mèdecin au CHU-Casablanca

Ex Mèdecin à l'Hopital Errazi-Berrechid

Ex Mèdecin à l'Hopital Med V-Safi



الدكتورة شيماء الوازاني

الطب العام

خريجة كلية الطب والصيدلة

بالدار البيضاء

طبيبة سابقاً بالمستشفى الجامعي ابن رشد

طبيبة سابقاً بمستشفى الرازي برشيد

طبيبة سابقاً بمستشفى محمد الخامس بأسفي

Berrechid, le 21.06.20.....  
برشيد في.....

Mme Marcus BÉDÉ

① - NFSAM

② - JS

Dr Chaymae ELOUAZZANI  
Residence Ibn Khaldoun-Porte 2-appt N°2-Berrechid-Tél:05 22 32 48 12  
Echographie et Analyses Médicales  
IBN SINA  
Cité, Mohammed V, BERRECHID  
Tél 05 22 33 66 43

إقامة ابن خلدون-الباب رقم 2 [قرب صيدلية المسجد]-الشقة رقم 2 برشيد-الهاتف: 12

Résidence Ibn khaldoun-porte2-appt N°2-Berrechid-Tél:05 22 32 48 12

GSM : 06 62 14 34 32-E-mail : elouazzanichaymae@gmail.com

**LABORATOIRE IBN SINA**

Bd Mohammed V

BERRECHID

Tel : 05.22.33.66.43

Fax : 05.22.33.66.42

ICE: 001761756000030

INPE: 063000509

IF: 40195644

**Patente : N° 40700369 C.N.S.S : N°2229541 IGR : 40195644**

**FACTURE : 78610**

**IB 62738 B**

**Nom et Prénom : Mme BADRI Marwa**

**Prescripteur : Dr. ELOUAZZANI**

**Référence : 220622 029**

**Date : 22/06/2022**

**BILAN :**

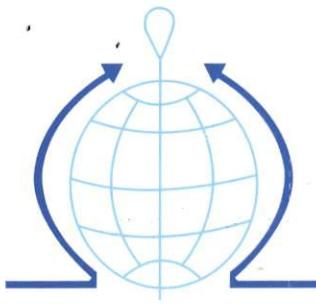
NFS B 73 + VS B 22 +

**MONTANT NET : 137,30 Dhs Soit 95 B**

**ARRETE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :**

*Cent trente sept Dh et trente cts*

LABORATOIRE D'ANALYSES IBN SINA  
IBN SINA  
Bd. Mohammed V BERRECHID  
Tél 05 22 33 66 43



Berrechid le : 22/06/2022

CIN :

Résultats complets

Édité le: 22/06/2022

**Medecin Dr. ELOUAZZANI**

**Mme BADRI Marwa**

**IB 62738 B**

**RF: 220622029**

## HEMATOLOGIE

VALEURS DE REFERENCE

ANTECEDENTS

### HEMOGRAMME

(Technique SYSMEX KX-21N)

#### NUMERATION GLOBULAIRE

Leucocytes.....	<b>8 100</b>	/mm <sup>3</sup>	(N : 4 000 à 10 000)
Hématies.....	<b>5,00</b>	M/mm <sup>3</sup>	(N : 4.2 à 5.2)
Hémoglobine.....	<b>9,7</b>	g/dl	(N : 12.0 à 16.0)
Hématocrite.....	<b>35,3</b>	%	(N : 37 à 44)
V.G.M.....	<b>71</b>	fl	(N : 80 à 100)
T.G.M.H.....	<b>19,4</b>	pg	(N : 27 à 32)
C.C.M.H.....	<b>27,5</b>	g/dl	(N : 32 à 35)
PLAQUETTES.....	<b>452</b>	Milles/mm <sup>3</sup>	(150 à 450 Miles)

#### FORMULE LEUCOCYTAIRE

Polynucléaires Neutrophiles :	<b>60</b>	%	
Soit	4 860	/mm <sup>3</sup>	(N : 2 000 à 7 500)
Polynucléaires Eosinophiles :	<b>2</b>	%	
Soit	162	/mm <sup>3</sup>	(N : 400 à 500)
Polynucléaires Basophiles.. :	<b>0</b>	%	
Soit	0	/mm <sup>3</sup>	(N : < 100)
Lymphocytes .....	<b>30</b>	%	
Soit	2 430	/mm <sup>3</sup>	(N : 1000 à 4000)
Monocytes.....	<b>8</b>	%	
Soit	648	/mm <sup>3</sup>	(N : 200 à 1 000)

#### ANISO-POIKYLOCYTOSE SUR FROTTIS

#### VITESSE DE SEDIMENTATION

(Technique VES Static)

1ère heure.....	<b>20</b>	mm	(N : 2 à 10)
2ème heure.....	<b>46</b>	mm	(N : 8 à 20)

Le Biologiste  
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES IBN SINA  
DE BERRECHID  
Tél. 05 22 33 66 43  
1 / 1