

# 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

- Reclamation : 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.

M22- 0026118

Optique

1240724  
 Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8285 Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BELHADJI AÏN IN

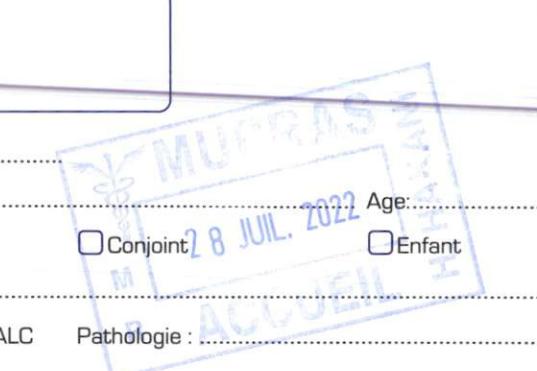
Date de naissance :

Adresse :

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... 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 : .....

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : .....

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) : .....

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0026118

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

## 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° W21-615940

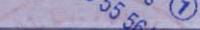
<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <b>8025</b>	Société : <b>RAM</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<b>AAOUNIA</b>
Nom & Prénom : <b>BELHAJ</b>		Date de naissance : <b>27/11/67</b>	
Adresse : <b>21 Rue Allal Ben Abdellah 2A H.P. en F.G. APT 11e étage</b>		Tél. <b>0665 99885</b>	
Total des frais engagés : _____ Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cachet du médecin :	<b>PROFESSEUR R.ISMAIL GASTROENTEROLOGUE-CASA ICE: 001714242000083 INPE : 091079137</b>		
Date de consultation :	<b>13/11/2022</b>		
Nom et prénom du malade :	<b>Belhaj Amine</b>		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	<b>affection</b>		
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 : **28/10/2022**  
 Signature de l'adhérent(e) : **HV**

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
13/11/2022	c	3000	3000	<b>INPE</b> <b>091079137</b>
				<b>PROFESSEUR R ISMAIL</b> <b>GASTROENTEROLOGUE-CASA</b> <b>091079137 9000083</b>

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	24/07/22	15.18	250,00 D.D.T.

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

# Professeur R. ISMAIL

Médecin Spécialiste  
 Maladies de l'Appareil Digestif  
     Maladies du Foie  
 Proctologie Médico-Chirurgicale  
     Endoscopie Digestive 13/07/2022  
 Echographie - Nutrition Clinique  
 Ex. Professeur de l'Enseignement Supérieur  
     à la Faculté de Médecine - Casablanca



Melle Belhaji Aounia

34.00

DUSPATALIN 200  
 1 gélule, matin et soir, au milieu des repas



34.00

DUSPATALIN 200MG  
 GELU B20  
 P.P.V : 54DH00  
 LOT : 21E005  
 PER : 11/2023  
 6 118000 010531

171.80

CIPROXINE 500

1 comprimé, matin et soir, au milieu des repas



4.00

37.70

BÉDÉLIX

1 sachet, 3 fois par jour, après les repas



37.70

Traitements pour 05 jour

283.50  
 PHARMACIE LUXEMBOURG  
 Yasmina MANDRE

24, Lot. Yasmina les Crêtes ①  
 Casablanca - Tél.: 0522 85 55 56/57

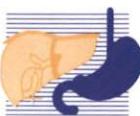
BEDELIX 3G  
 SACHETS B30  
 P.P.V : 57DH70  
 LOT : 21E002  
 PER : 12/2023  
 6 118000 010234

LOT : M0051  
 EXP : OCT 2025  
 P.P.V : 171.80 DH

PROFESSEUR R. ISMAIL  
 GASTROENTEROLOGUE-CASA  
 ICE: 001714242000083  
 INPE: 091079137

# Professeur R. ISMAIL

Médecin Spécialiste  
Maladies de l'Appareil Digestif  
Maladies du Foie  
Proctologie Médico-Chirurgicale  
Endoscopie Digestive  
Echographie - Nutrition Clinique  
Ex. Professeur de l'Enseignement Supérieur  
à la Faculté de Médecine - Casablanca



# البروفيسور ر. إسماعيل

طبيب اختصاصي  
أمراض الجهاز الهضمي  
أمراض الكبد . أمراض وجراحة المخرج  
التشخيص بالمنظار الداخلي  
انفuscus بالصدى . التغذية  
أستاذ جامعي سابق  
 بكلية الطب . الدار البيضاء

Mr Belhaj  
Aouni  


Fe 13/7/2022

✓ X/FS

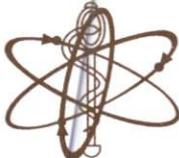
✓ CRP



PROFESSEUR R.ISMAIL  
GASTROENTEROLOGUE-CASA  
ICE:001714242000083  
INPE: 091079137

# Anoual

Laboratoire de Biologie medicale  
Genetique moleculaire  
Radio immuno-analyse  
Diagnostic Prenatal  
Biologie de la Reproduction



مختبر أنوال  
Boutique Anwal EKKAK

Docteur Jamal FEKKAK

Radio-biologiste

Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris  
Diplômé de l'Université Paris VII  
et de l'Institut Pasteur de Paris  
Biographe Qualitien

**FACTURE N°** 2207140060

Mme Aaouina BELHAJI

Demande N° 2207140060  
Date de l'examen : 14-07-2022  
Analyses :

#### **D. 6.**

## Récapitulatif des analyses

Récapitulatif des analyses			
CN	Analyse	Val	Clefs
PSAD	Prélèvement sang adulte	E25	E
	CRP us	B100	B
	NF	B80	B

Total des B : 180

**TOTAL DOSSIER : 260 DH**

Arrêtée la présente facture à la somme de : deux cent soixante dirhams DH



**Il est Strictement Interdit de Changer les Noms,  
Prénoms et les Dates des Analyses.**

**Pr R.ISMAIL**  
**Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif**  
**112, Bd Anfa – Casablanca**  
**ICE : 001714242000083**  
**INPE : 091079137**

Casa le 13/07 /2022

**MELLE BELHAJI AOUNIA**

### **NOTE D'HONORAIRES**

#### **Nature de l'acte**

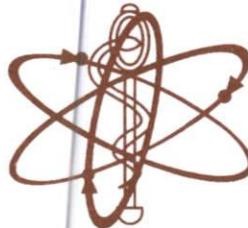
Consultation : 300 Dh

Echographie : 500 Dh

**PROFESSEUR R.ISMAIL**  
**GASTROENTEROLOGUE CASA**  
**ICE:001714242000083**  
**INPE : 091079137**

# Anoual

Laboratoire de Biologie medicale  
 Genetique moleculaire  
 Radio immuno-analyse  
 Diagnostic Prenatal  
 Biologie de la Reproduction



# مختبر أنوال

**Docteur Jamal FEKKAK**

Radio-biologiste

Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris  
 Diplômé de l'Université Paris VII  
 et de l'Institut Pasteur de Paris  
 Biologiste Qualiticien

Mme Aaouina BELHAJI  
 Né(e) le : 27-01-1967  
 Dossier N° : 2207140060  
 Date de l'examen : 14-07-2022  
 Prélevé le : 14-07-2022 12:24 en interne  
 Edité le : 14-07-2022

DR : R. ISMAIL

Adresse :

Page 1 / 1



ACCRÉDITATION  
 N° 8-3245  
 Portée disponible sur  
[www.cofrac.fr](http://www.cofrac.fr)

Seules certaines prestations rapportées dans ce document sont couvertes par l'accréditation. Elles sont identifiées par le symbole [AC].

## HEMATOCYTOLOGIE

### Hémogramme

Cytométrie de flux sur ABX Pentra (échantillon primaire : sang total EDTA)

24-12-2020

Leucocytes [AC]	5.10	milliers/ $\mu$ l	(4.00–10.00)	4.10
Hématies : [AC]	4.44	millions/ $\mu$ l	(3.80–5.80)	4.19
Hémoglobine : [AC]	14.0	grs/dL	(11.5–16.0)	12.9
Hématocrite : [AC]	41.8	%	(37.0–47.0)	38.5
VGM : [AC]	94.0	$\mu$ 3	(80.0–100.0)	92.0
TCMH : [AC]	31.5	pg	(27.0–32.0)	30.8
CCMH : [AC]	33.5	g/dl	(32.0–36.0)	33.5
RDW : [AC]	12.6	%	(11.0–16.0)	13.6
Polynucléaires Neutrophiles :	57.3	%		56.4
Soit:	2.92	milliers/mm <sup>3</sup>	(2.00–7.50)	2.31
Polynucléaires Eosinophiles :	1.1	%		1.3
Soit:	0.06	milliers/mm <sup>3</sup>	(0.00–0.50)	0.05
Polynucléaires Basophiles :	0.4	%		0.3
Soit:	0.02	milliers/mm <sup>3</sup>	(0.00–0.20)	0.01
Lymphocytes :	35.4	%		39.5
Soit:	1.81	milliers/mm <sup>3</sup>	(1.00–4.00)	1.62
Monocytes :	5.8	%		2.5
Soit:	0.30	milliers/mm <sup>3</sup>	(0.20–1.00)	0.10
Plaquettes : [AC]	243		(150–500)	202

## BIOCHIMIE SANGUINE

24-12-2020

**CRP.us [AC]**

(Immunoturbidimétrie – Cobas 6000® Roche)

&lt;0.4 mg/L      (&lt;5.0)

&lt;0.3



## **ECHOGRAPHIE ABDOMINALE**

13/07/2022

**Melle BELHAJI Aounia**

### **Clinique**

Douleurs abdominales.

### **Examen**

Foie de taille normale, d'échostructure homogène et de contours réguliers.

Veine porte de calibre normal.

Veines sushépatiques libres.

Vésicule biliaire alithiasique, à paroi fine.

Voies biliaires intra et extrahépatiques non dilatées.

Pancréas de taille et d'échostructure normales.

Rate homogène, de volume normal.

Reins de taille et d'échostructure normales avec bonne différenciation corticosinusale, sans dilatation des cavités pyélocalicielles.

### **Conclusion**

Echographie abdominale normale.

*PROFESSEUR RASHMAIL  
GASTROENTEROLOGUE-CASA  
ICE: 001714242000083  
INPE : 0010079137*