

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 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

- 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'H
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-766625

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12386 Société : RAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ABERCHANE NARTISS

Date de naissance : 11/01/1987

Adresse : Résidence TAT Nouaceur CH 1 Ibn AL
Appt 23 Nouaceur Casablanca

Tél. : 0662509646 Total des frais engagés : 2317,5 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 09M68690

Date de consultation : 15/10/2022

Nom et prénom du malade : ABERCHANE NARTISS

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

Nature de la maladie : Douleur pelvienne

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 : 11/10/2022

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
15/10/2022	1500	1008		INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire ou du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	20/10/2022	B1030	1518,50 €
	20/10/2022	P270	300,00 €

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Partenaire	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	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []														
				MONTANTS DES SOINS []														
				DEBUT D'EXECUTION []														
				FIN D'EXECUTION []														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <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>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX []
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS []														
				DATE DU DEVIS []														
				DATE DE L'EXECUTION []														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Imane BEKOUCHI

Spécialiste en-Gynécologie
Obstétrique

Chirurgie gynécologique - Maladies d

Coelioscopie- Colposcopie - Hystéroscopie

Stérilité - Procréation Médicalement Assistée

Diplômée en Echographie de l'Université

Paris - Descartes

NOUVELLE DEMANDE

NOUVELLE DEMANDE

الدكتورة إيم

إختصاصية في أم

والتوليد

جراحة السرطان - أم

التشخيص و الجراحة با

المساعدة الطبية على

حاصلة على دبلوم الفحص بالصدى جامعة

ديكارت - باريس

Casablanca, le : 17/10/2024 : الدار البيضاء، في :

Mme :

Mme ABERCHANE Narjiss

11-01-1988

2210123054



SUR CAHIER
BEKIM

7^{me} ABERCHANE Narjiss

Leobactin

NFS -

Ferritin

Dosage vit D -



Signature of Dr. Bekouchi
GSM: 06 61 961 404 - Tél.: 05 22 930 930
E-mail: dr.bekouchi@gmail.com

هـامارة الجماعة المدخل ب، الطابق الثاني رقم 11، طريق
Immeuble Communautaire d'Azemmour, Entrée B, 2ème Etage - N°11 - Hay Hassani Casablanca
E-mail : dr.bekouchi@gmail.com - GSM : 06 61 961 404 - Tél.: 05 22 930 930

E-mail : dr.bekouchi@gmail.com - GSM : 06 61 961 404 - Tél.: 05 22 930 930

Docteur Imane BEKOUCHI

**Spécialiste en-Gynécologie
Obstétrique**

Chirurgie gynécologique - Maladies du Sein
Coelioscopie - Colposcopie - Hystéroscopie
Stérilité - Procréation Médicalement Assistée
Diplômée en Echographie de l'Université
Paris - Descartes



الدكتورة إيمان بكوشي

**إختصاصية في أمراض النساء
والتوليد**

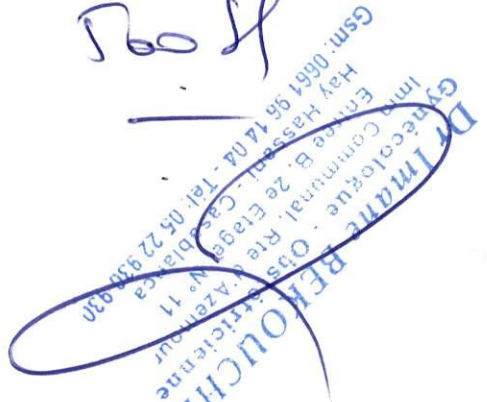
جراحة السرطان - أمراض الثدي
التشخيص والجراحة بالمنظار - العقم
المساعدة الطبية على الإنجاب
حاصلة على دبلوم الفحص بالصدى -
جامعة ديكارت-باريس

Casablanca, le : 11/10/2022 : الدار البيضاء, في :

Mme : Aberkane Margiss

Faut

Consultation + Coloppli
160 H



عمارة الجماعة المدخل ب, الطابق الثاني رقم 11, طريق أزموور- الحي الحسني- الدار البيضاء

Immeuble Communal Rte d'Azemmour, Entrée B 2ème Etage - N°11- Hay Hassani - Casablanca

E-mail : dr.bekouchi@gmail.com - GSM : 06 61 961 404 - Tél.: 05 22 930 930



مختبر التشريح المرضي شارع كلّميّة

Cabinet de Pathologie Bd GOULMIMA



Dr Fadoua El Mansouri

Professeur en Anatomie Pathologique

الدكتورة المنصوري فدوى

أستاذة في التشريح المرضي

DEMANDE D'EXAMEN ANATOMO ET CYTOPATHOLOGIQUE

Identité du patient(e) : Abraham Nouriss

Médecin prescripteur : Dr. Imrane Bekouch

Age : Date du prélèvement :

Renseignements cliniques et para cliniques :

Siège et nature du prélèvement :

Examen cytopathologique :

FCV ☒

Vagin ☐

Exocol ☐

Endocol ☐

Endomètre ☐

Date des derniers règles : Parité :

Traitement en cours :

Signature et Cachet du Médecin

Cytopathologie conventionnelle et monocouche - Histopathologie - Histochimie - Extemporane - Immunohistochimie - Biologie moléculaire

Le 633, Rue Goulmima - 1^{er} Etage - Appt N° 2 - Bourgogne - Casablanca

à 250 m de l'hôpital My Youssef et 300 m de la Mosquée Hassan II - entre Pharmacie Laayoune et Locamed

Tél./Fax : 05 22 26 35 35 - Urgences : 06 14 88 11 88 - E-mail : anapathgoulmima@yahoo.fr



633، زنقة كلّميّة- الطابق الأول- الشقة 2- بورڠون (قرب صيدلية العيون ولوكاميد) - الدار البيضاء

Le 633, Rue Goulmima - 1^{er} Etage - Appt N° 2 - Bourgogne
(à côté Pharmacie Laayoune et LOCAMED) - Casablanca

Tél./Fax : 05 22 26 35 35 - Urgences : 06 14 88 11 88 - E-mail : anapathgoulmima@yahoo.fr

قرب محطة الحافلات 60 - 10 - 56 - 67 - 14 - 43



مختبر التشريح المرضي شارع كلميمة
Cabinet de Pathologie Bd GOULMIMA



FACTURE N° 06051088.



Nom et Prénom :

Ahmed Hane marjiss

Montant :

300 DH.

Arrêtée la présente facture à la somme de :

P270

Casablanca, le

20/10/2022

INPE: 091168021

ICE:

001708190000042

Cachet et Signature





مختبر التشريح المرضي شارع كللميمة

Cabinet de Pathologie Bd GOULMIMA



Dr Fadoua EL MANSOURI
Professeur en Anatomie Pathologique

الدكتورة المنصوري فدوى
أستاذة في التشريح المرضي

Réf. C6051022

Reçu le 19/10/2022 Répondu le 20/10/2022

Nom et prénom : Abarchane Narjiss

Médecin : Dr Bekouchi

Adresse : Casablanca

Résumé des renseignements cliniques : FCV de dépistage.

- 1- **Méthode de prélèvement** : Frottis monocouche.
- 2- **Type de prélèvement** : Col et vagin.
- 3- **Qualité du prélèvement** : satisfaisant (Paucicellulaire) comptenu l'atrophie prononcée).
- 4- **Fond** : assez propre avec présence de rares polynucléaires neutrophiles et quelques histiocytes spumeux
- 5- **Profil hormonal** : Climat d'hypoeostrogénie à faire intégrer dans son contexte (PP,CO, Péri-ménopausique.... Autres)
- 6- **Cellules malpighiennes** : Rares cellules parabasales à cytoplasme cyanophile à noyau régulier quand c'est analysable.
- 7- **Cellules glandulaires** : Néant.
- 8- **Flore vaginale** : présence d'une flore de Doderlin de densité diminuée.

CONCLUSION

- Frottis cervico-utérin propre avec importants signes de remaniement dystrophique (de nature hormonale).
- Absence de signes cytologique de malignité dans les limites de ce prélèvement.



Cytopathologie conventionnelle et monocouche - Histopathologie - Histochimie - Extemporane - Immunohistochimie - Biologie moléculaire

Le 633, Rue Goulmima - 1^{er} Etage - Appt N° 2 - Bourgogne - Casablanca
à 250 m de l'hôpital My Youssef et 300 m de la Mosquée Hassan II - entre Pharmacie Laayoune et Locamed
Tél./Fax : 05 22 26 35 35 - Urgences : 06 14 88 11 88 - E-mail : anapathgoulmima@yahoo.fr



FACTURE N° 2210123054
LABORATOIRE CASALAB PALMIER

Casablanca le 12/10/2022

INPE : 093002574

Mme Narjiss ABERCHANE

Demande N° 2210123054

Récapitulatif des analyses
Analyse
Prise de sang Adulte
Ferritine
Numération Formule (Globules rouges/Blancs/plaquettes)
Prolactine
Vitamine D

Total des B : 1030

Arrêtée la présente facture à la somme de : * **1518.5 DH** *

mille cinq cent dix-huit dirhams cinquante centimes

*(HN) = analyse hors nomenclature



C





« Ceci est un mail seul le résultat papier fait foi »

File Number/ Dossier N° : **2210123054**
Results of/ Résultats de : **ABERCHANE Narjiss**
Date of birth/ Date de naissance : **11/01/1988**
ID Number /N° CIN :

Madame le Dr IMANE BEKOUCHI

Edition on/Édition du : 12/10/2022

File registered on/Dossier enregistré le:
12/10/2022 à 09:33

Dear colleague, we thank you for your trust and we will send you the results of your patient.
Cher confrère, nous vous remercions de votre confiance, et nous vous transmettons les résultats de votre patient.

Compte-rendu complet

HEMATOCYTOLOGIE

HEMOGRAMME

(SYSMEX XN-1000)

17/01/2018

Leucocytes :	5,23	10 ³ /mm ³	(3,90–10,20)	7,02
Hématies :	4,48	10 ⁶ /mm ³	(3,90–5,20)	4,75
Hémoglobine :	14,00	g/dL	(12,00–15,60)	14,60
Hématocrite :	39,8	%	(35,5–45,5)	42,5
VGM :	88,8	fL	(80,0–99,0)	89,5
TCMH :	31,3	pg	(27,0–33,5)	30,7
CCMH :	35,2	g/dL	(31,5–36,0)	34,4
RDW :	11,9	%	(0,0–18,5)	11,9

Formule leucocytaire :

Neutrophiles :	59,5	%		57,2
Soit:	3 112	/mm ³	(1 400–7 700)	4 015
Eosinophiles :	2,3	%		1,7
Soit:	120	/mm ³	(20–580)	119
Basophiles :	0,6	%		0,7
Soit:	31	/mm ³	(0–110)	49
Lymphocytes :	23,5	%		16,5
Soit:	1 229	/mm ³	(1 000–4 800)	1 158
Monocytes :	14,1	%		23,9
Soit:	737	/mm ³	(150–1 000)	1 678
Plaquettes:	207	10 ³ /mm ³	(150–450)	249

2210123054 – ABERCHANENarjiss





« Ceci est un mail seul le résultat papier fait foi »

BIOCHIMIE

17/01/2018

Ferritine:

(ECLIA sur Cobas 6000)

38,0 ng/ml (13,0-150,0)

51,0

Changement de technique à compter du 25/09/2021

Domaine de référence pour les adultes :

Hommes de 20 à 60 ans : 30 à 400 ng/ml
Femmes de 17 à 60 ans : 13 à 150 ng/ml

Domaine de référence pour les enfants :

< 1 an : de 12 à 327 ng/ml
de 1 à 3 ans : de 6 à 67 ng/ml
de 4 à 6 ans : de 4 à 67 ng/ml
de 7 à 12 ans filles : de 7 à 84 ng/ml
de 7 à 12 ans garçons : de 14 à 124 ng/ml
de 13 à 17 ans filles : de 13 à 68 ng/ml
de 13 à 17 ans garçons : de 14 à 152 ng/ml

25-OH-Vitamine D (D2+D3)

(COBAS 6000)

47,47 ng/mL (30,00-100,00)

Interprétation des résultats:

- <10 ng/ml : Carence
- Entre 10 et 30 ng/ml: Déficit
- Entre 30 et 100 ng/ml : Normal
- >100 ng/ml : Toxicité potentielle

BILAN ENDOCRINIEN

Prolactine

(ECLIA, COBAS 6000.)

11,05 ng/ml (4,79-23,30)

234,26 uIU/ml (101,55-493,96)

Prélèvement réalisé:

couché

Domaine de référence pour les adultes :

Homme : 4.04 - 15.2 ng/ml
Femme : 4.79 - 23.3 ng/ml
(Non enceinte)

Biological validation by/ Validation biologique par : Dr M. BEZZARI

Dr K. OUZZANI

Dossier n° 2210123054 de Mme Narjiss ABERCHANE

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES CASALAB PALMIER SCP

50, Rue Al Mortada - Palmier - Casablanca

Tel: 05 22 236 717 / 05 22 988 383 Fax: 05 22 236 729 Email: accueil.casalab@gmail.com

IF : 37741235 • Patente : 34771789 • CNSS : 6576120 • ICE : 002189772000081



Dr. BEKKOU HI Imame

15.10.2027

11.51.41

MF 0.6

TF 0.1

TF 0.1

RF 5.9A

10.00m / 1.3

04.195

04.195

04.195

04.195

04.195

04.195

04.195

04.195

04.195

04.195