

## 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

- 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° W21-780317

167996



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 8562

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BELBACHIR

Date de naissance : 09/02/1971

KARINA  
CASA

Adresse :

RESIDENCE LES 3 GOLFS - VILLA 13  
VILLE NOUVELLE BOU SKOURA CASA

Tél. : 0663709512

Total des frais engagés :

Dhs

### Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 13/11/2023

Nom et prénom du malade : NESSOUFI SANDA

Age : 50

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Diabète de l'ovaire

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous piconfidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

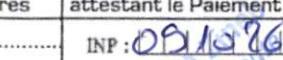
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA

Le : 13/11/2023

Nature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNPD N° : A-A-215/2019

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
15/11/2023 C			0	INP : 081086443 

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>MDOLNAKHLA PHARMA</b> 05 22 59 09 97 / 06 66 74 74 62	19/01/2023	448,50

ANALYSES - RADIOPHARIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<p><b>مختبر الصافي الطبي</b>  <b>LABORATOIRE SQALLI D'ANALYSES MEDICALES</b>  <b>Dr. BENMLOUD</b>  <b>50, Bd Brahim Bourgani Maârif</b>  <b>BP: 05 22 25 78 25 / 05 22 25 39 61</b>  <b>Assabla - Casablanca - Maroc -</b> Patente: 35805014</p>	21/01/23	B. 140 =	260,00 D. 111

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																		
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																		
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		<b>Dents Traitées</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Nature des Soins</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Coefficient</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>														
		<b>INP :</b> <input type="checkbox"/>																
		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="checkbox"/>																
		<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="checkbox"/>																
		<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="checkbox"/>																
		<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="checkbox"/>																
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
H	G																	
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="checkbox"/>																
		<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="checkbox"/>																
		<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="checkbox"/>																
		<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="checkbox"/>																
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																		
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>																		



pharmacie  
laotzoo  
MOULNAKHLA PHARMA  
Tél: 05 22 59 08 97 / 06 66 74 74 62

Demande de remboursement SAMIR

19/11/2013

Pr BOUCHIBKA Zineb  
Onco-Radiothérapie  
INP N° 091026

T = 448,50

88,00

1) Cetotec



1 cp/T 48,70

polt 15

2) Solupred 2mg



3 cp/T

polt

3) Augreltin 18g Sack



23,60 15 x 2 T/pa

N° D'AMM: 10 DMP/21/NCN  
LOT: 22097 PER: 01/2025  
PPV: 23,50 DH

4) Hurex



40,50 x 4 1 cp x 3 T/pa

5) Tardifen 8g (4 pote)



6 118001 103041

**Tardyferon® 80mg**  
30 comprimés pelliculés

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

PPV : 40.50 DH

319334

6 118001 103041

**Tardyferon® 80mg**  
30 comprimés pelliculés

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

PPV : 40.50 DH

319334

6 118001 103041

**Tardyferon® 80mg**  
30 comprimés pelliculés

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

PPV : 40.50 DH

319334

6 118001 103041

**Tardyferon® 80mg**  
30 comprimés pelliculés

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

PPV : 40.50 DH

319334



**Pr. A. Acharki**  
Onco-Radiothérapeute

**Dr. O. Alami**  
Onco-Radiothérapeute

**Dr. H. El Boussairi**  
Onco-Radiothérapeute

**Pr. A. Benider**  
Onco-Radiothérapeute  
TPA: Mardi AM / Vendredi AM

**Pr. S. Sahraoui**  
Onco-Radiothérapeute  
TPA: Lundi AM / Jeudi AM

**Pr. N. Tawfiq**  
Onco-Radiothérapeute  
TPA: Lundi AM / Mercredi AM

**Pr. N. Benchakroun**  
Onco-Radiothérapeute  
TPA: Mardi AM / Jeudi AM

**Pr. Z. Bouchbika**  
Onco-Radiothérapeute  
TPA: Lundi AM / Jeudi AM

**Dr. S. Mouafik**  
Onco-Radiothérapeute

**Dr. C. Lahmamssi**  
Onco-Radiothérapeute

**Dr. A. Iraqi**  
Onco-Radiothérapeute

١٥/١١/٢٠٢٣

D'NESSUSI SANDRA

~~مختبر الصقلبي للتحاليل الطبية~~  
LABORATOIRE SOALI D'ANALYSES MEDICALES  
Dr. BENMLOUD  
240, Bd Brahim Roudani Maârif  
Tél: 05 22 25 78 25 / 05 22 25 39 61  
Casablanca - Patente: 35805014

- NFS + Ig

- Meie - ael-

Pr BOUCHBIKA Zineb  
Onco-Radiothérapeute  
INP N° 09 026443



# مختبر الصقلی للتحليلات الطبية Laboratoire SQALLI d'Analyses Médicales

Laboratoire certifié ISO 9001 V. 2015



Dr. BENMILLOUD Loubna. Médecin biologiste.  
Faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca  
Diplôme universitaire de qualité en sciences de la santé  
Diplôme d'hygiène hospitalière et prévention des infections nosocomiales

7j/7

Prélèvements à domicile  
sur rendez-vous

**FACTURE N° : 230100414**

CASABLANCA le 21-01-2023

**Mme MESOUDI Samira**

## Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Prélèvement sanguin	E25	E
0111	Créatinine	B30	B
0182	Urée	B30	B
0216	Numération formule	B80	B

Total des B : 140

TOTAL DOSSIER : 200.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : deux cents dirham .

مختبر الصقلی للتحليلات الطبية  
LABORATOIRE SQALLI D'ANALYSES MEDICALES  
Dr. BENMILLOUD  
240, Bd Brahim Roudani Maarif  
Tél: 05 22 25 78 25 / 05 22 25 39 61  
Casablanca - Patente: 35805014

Code INPE : 093000214

AWB - Agence Rue Nassih Eddine  
RIB : 007 780 0003555000000328 25



Prélèvements à domicile  
 sur rendez-vous

**Date du prélèvement :** 21-01-2023 à 10:54

**Code patient :** 2209060060

**Né(e) le :** 07-08-1972 (50 ans)



**Mme MESOUDI Samira**

Dossier N° : 2301210015

Prescripteur : Dr Z. BOUCHBIKA

## HEMATOLOGIE

### HEMOGRAMME (SYSMEX XS-1000i)

"Les valeurs de référence sont automatiquement éditées en fonction de l'âge, du sexe, état physiologique du patient(e)"

31-12-2022

Hématies :	3.81	M/mm3	(3.90–5.40)	3.87
Hématocrite :	32.00	%	(35.50–45.50)	32.30
<b>Hémoglobine :</b>	<b>11.30</b>	g/dL	(12.00–15.60)	10.60
VGM :	84	fL	(80–99)	83
TCMH :	30	pg	(27–34)	27
CCMH :	35	g/dL	(28–36)	33
<b>Leucocytes :</b>	4 270	/mm3	(3 900–10 200)	5 610
Polynucléaires Neutrophiles :	57	%		56
Soit:	2 434	/mm3	(2 000–7 500)	3 142
Lymphocytes :	36	%		36
Soit:	1 537	/mm3	(1 000–4 000)	2 020
Monocytes :	7	%		8
Soit:	299	/mm3	(<1 100)	449
Polynucléaires Eosinophiles :	0	%		0
Soit:	0	/mm3	(0–600)	0
Polynucléaires Basophiles :	0	%		0
Soit:	0	/mm3	(0–150)	0
<b>Plaquettes :</b>	232 000	/mm3	(150 000–450 000)	193 000

Validé par : Dr. BENMILLOUD Loubna  
**مختبر الصقلی للتحاليلات الطبية**  
**LABORATOIRE SQALLI D'ANALYSES MEDICALES**  
 Dr. BENMILLOUD

240, Bd Brahim Roudani (ex Route d'El Jadida) Mâarif Extension. Casablanca. (المحمدية الجديدة)  
 Tel: 0522 25 78 25 / 0522 25 39 61 • Fax : 0522 98 84 94 • Urgences : 0668 181 182 • E-mail : labosqalli@gmail.com

IF : 18801592 • TP : 35805014 • ICE : 001728083000020 • CNSS : 4981008 • CODE INPE : 093000214

240, Bd Brahim Roudani (ex Route d'El Jadida) Mâarif Extension. Casablanca. (المحمدية الجديدة)

Tel : 0522 25 78 25 / 0522 25 39 61 • Fax : 0522 98 84 94 • Urgences : 0668 181 182 • E-mail : labosqalli@gmail.com

IF : 18801592 • TP : 35805014 • ICE : 001728083000020 • CNSS : 4981008 • CODE INPE : 093000214

Prélèvements à domicile  
 sur rendez-vous

**Dr. BENMLOUD Loubna.** Médecin biologiste.

Faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca

Diplôme universitaire de qualité en sciences de la santé

Diplôme d'hygiène hospitalière et prévention des infections nosocomiales

2301210015 – Mme MESOUDI Samira

## ASPECT DE SERUM

Aspect du sérum : Normal

## BIOCHIMIE SANGUINE

31-12-2022

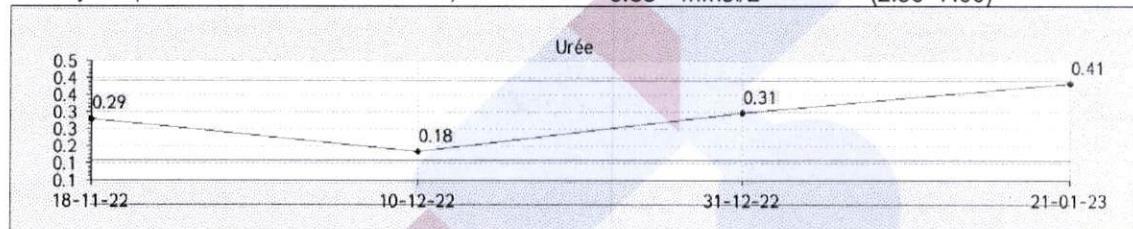
### Urée

(Dosage UV enzymatique – Konelab 30 – Thermo fisher)

0.41 g/L  
 6.83 mmol/L

(0.15–0.42)  
 (2.50–7.00)

0.31  
 5.16



31-12-2022

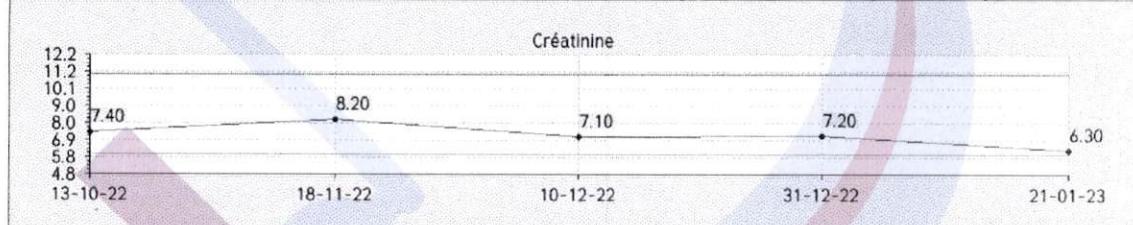
### Créatinine

(Créatine Enzymatique – Respons 920 Diasys)

6.3 mg/L  
 55.8 µmol/L

(6.0–11.0)  
 (53.1–97.3)

7.2  
 63.7



Validé par : Dr. BENMLOUD Loubna

مختبر الصقلبي للتحاليلات الطبية

LABORATOIRE SQALLI D'ANALYSES MÉDICALES

Dr. BENMLOUD Loubna

240, Bd Brahim Roudani Maarif

الطبقة الجديدة (جدايد) - الدار البيضاء - المغرب

Tél: 05 22 25 78 25 / 05 22 25 39 61

Fax : 0522 98 84 94 • Urgences : 0668 181 182 • E-mail : labosqalli@gmail.com

240, Bd Brahim Roudani (ex Route d'El Jadida) Mâarif Extension. Casablanca. (الطبقة الجديدة (جدايد) - الدار البيضاء - المغرب)

Tel : 0522 25 78 25 / 0522 25 39 61 • Fax : 0522 98 84 94 • Urgences : 0668 181 182 • E-mail : labosqalli@gmail.com

IF : 18801592 • TP : 35805014 • ICE : 001728083000020 • CNSS : 4981008 • CODE INPE : 093000214



**Dr. BENMILLOUD Loubna.** Médecin biologiste.

Faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca

#### Diplôme universitaire de qualité en sciences de la santé

Diplôme d'hygiène hôpitalière et prévention des infections nosocomiales

7j/7

Prélèvements à domicile  
sur rendez-vous

2301210015 – Mme MESOUDI Samira

### **CLAIRANCE DE LA CREATININE ESTIMEE (formule MDRD)**

(MDRD =Modification of Diet in Renal Disease)

31-12-2022

## Clairance

106 mL/min (>60)

91

(Clairance de la créatinine estimée pour un patient caucasien)

#### Classification de la maladie rénale chronique :

- G1 : Clairance normale : > ou = à 90mL/min
  - G2 : Clairance légèrement abaissée : 60–89mL/min
  - G3a : Clairance légèrement abaissée à modérément abaissée : 45–59mL/min
  - G3b : Clairance modérément à sévèrement abaissée : 30–44mL/min
  - G4 : Clairance sévèrement abaissée : 15–29mL/min
  - G5 : Insuffisance rénale terminale : < à 15 mL/min.

(>60)

10

A stylized illustration of a human figure in light blue and pink, with a red outline, holding a stethoscope.

Validé par : Dr. BENMILLOUD Loubna

مختبر الصياغ للتحليلات الطبية  
LABORATOIRE SOAAL

## REQUIS D'ANALYSES MÉDICALES

*240, Bd Brahim* *2000 Paris*

Tél: 05 22 27 78 25 / 05 22 27 52 20

mail : labosgalli@gmail.com

INPE : 093000214

INPE : 093000214

Page

240, Bd Brahim Roudani (ex Route d'El Jadida) Maarif Extension, Casablanca. Tel : 05 22 25 78 25 / 0522 25 39 61 • شارع ابراهيم الوردي Tel : 05 22 25 78 25 / 0522 25 39 61 • Fax : 0522 98 84 94 • Urgences : 0668 181 182 • E-mail : labosqalli@gmail.com  
IF : 18801592 • TP : 35805014 • ICE : 001728083000020 • CNSS : 4981008 • CODE INPE : 093000214