

# 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.

N° M21- 0056319

149336

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 333 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : ELMERNISS LAITOUSSI NE

Date de naissance : 19.37

Adresse : Avenue des Cessez.

Tél. : 06.64.19.72.18 Total des frais engagés : 2506,70 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BOUHAL Samira  
Anesthésie Réanimation  
0811 91437

Date de consultation : 07/01/2023

Nom et prénom du malade : BELKRET ELHALIA Age : 82

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Obésité réapparue

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 : 16/10/2023

Signature de l'adhérent(e) :

DR BOUHAL SAMIRA  
Anesthésie Réanimation  
0811 91437

## 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
07/01/2023	Hospital	2506,40		Dr. BONHAI SAMIR Anesthésie Réanimation
	Melle BANDOUR			
	MAIS BANDOUR			

## 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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		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.

### Important

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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates the left hemisphere of the human brain. It features a central vertical axis with an upward-pointing arrow labeled 'H' at the top. A horizontal axis to the left is labeled 'D' and to the right 'C'. The brain surface is marked with various numbers (1 through 8) and letters (A, B, C, H) representing different regions or gyri. The numbers are arranged in a pattern: 1, 2, 1, 2 at the top; 3, 4, 3, 4 on the left; 5, 6, 5, 6 on the right; 7, 8, 7, 8 on the far left; 8, 7, 8, 7 on the far right; 6, 5, 6, 5 on the lower right; 4, 3, 4, 3 on the lower left; and 2, 1, 2, 1 at the bottom. The letter 'A' is located in the upper left quadrant, 'B' in the lower left, 'C' in the lower right, and 'H' in the upper right.

### **(Création, remont, adjonction)**

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



N° IPP :	940826	N° SEJOUR :	123000109	<b>FACTURE N° 2301001380</b>				DATE D'ENTREE :	07/01/2023	DATE DE SORTIE :	07/01/2023
ASSURE :								DESTINATAIRE :			
MALADE :	BELKRET, El Rhalia Pc Ass				BELKRET, El Rhalia Pc Ass						
NOM JEUNE FILLE :	BH36359				HAY IFRIQUIA RUE 70 NO 131 CASA						
TIERS PAYANT 1 :											
TIERS PAYANT 2 :											
REF. PC 1 :	REF. PC 2 :		N° SE. SOC. ETRANG. :								
NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE		
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	
FORFAIT HOSPITALISAT°, REA, CHIRURGIE, MATERNITE											
HOSPITALISATION EN MEDECINE	SEJMED	1.00	550.00	550.00					0.00	550.00	
ACTES DE BIOLOGIE											
Actes Biologie Remboursables par l'AMO	BAMO	1530.00	1.10	1683.00					0.00	1683.00	
ACTES DE RADILOGIE											
Actes Radiologie Remboursables par l'AMO	ZAMO	16.00	10.00	160.00					0.00	160.00	
PRODUITS PHARMACEUTIQUES											
Médicaments Remboursables par l'AMO	PHAMO	113.70	1.00	113.70					0.00	113.70	



Mme. BAIDOUR S...  
CAISSIER DE CHARGE  
CNSS Polyvalent

Total à reporter

2506.70

0.00

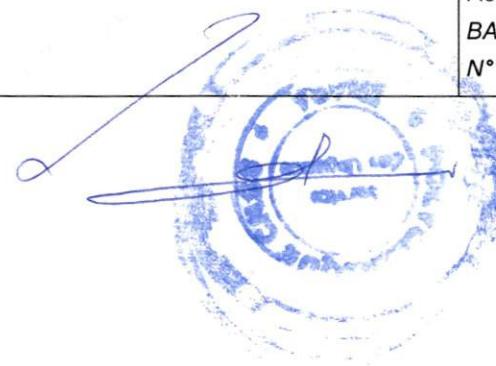
0.00

2506.70

N° IPP : 940826	N° SEJOUR : 123000109	FACTURE N° 2301001380				DATE D'ENTREE: 07/01/2023 DATE DE SORTIE: 07/01/2023			
-----------------	-----------------------	-----------------------	--	--	--	--	--	--	--

NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					TAUX	MONTANT	TAUX	MONTANT	TAUX	MONTANT
Report page précédente				2506.70		0.00		0.00		2506.70

TOTALS : 2506.70										2506.70
Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX MILLE CINQ CENT SIX DHS ET SOIXANTE DIX CENTIMES					PLAFOND PC :				ACOMPTE:	
					REMISE :	0.00	REGLE :	2506.70	AVOIR :	
					RESTE DU:	0.00				
DATE FACTURE : 03/02/2023	EDITEE LE : 03/02/2023	PAR: SARA	ACCIDENT DE TRAVAIL :							
VISA	N° DE POLICE :								DATE AT :	
	Réglement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA									
	BANQUE : BMCE - INARA									
	N° compte bancaire : 011.780.0000 54 210 00 60 016 91									



Service : LABORATOIRE

NOM : BELKRET ELRHALIA MEDECIN :

REF : 940826 SERVICE : Med.

DATE : 07/01/2023

## EXAMENS SPECIALISES

EXAMENS	RESULTATS	VALEURS USUELLES
TROPONINE	10,01	<0.5 ng/ml
FERRITINE		Femme: 20-200 ng / ml Homme:30-300 ng / ml
TSH us	2,23	0.25 – 5 µUI/ml
VITAMINE D		VOIR TABLEAU CI-DESSOUS(**)
PSA T		SELON L'AGE SUR TABLEAU(*)

Age (ans)	CONCENTRATION DE PSAT( ng/ml)	
	Limite basse	Limite haute
<40	0.21	1.72
40-49	0.27	2.19
50-59	0.27	3.42
60-69	0.22	6.16
>69	0.21	6.77

STATUT	VITAMINE D
DEFICIENT	<20 ng/ml
INSUFFISANT	20-29 ng/ml
SUFFISANT	30-100 ng/ml
TOXICITE POTENTIELLE	>100ng/ml

## ANALYSES BIOCHIMIQUES DU SANG

Service : LABORATOIRE

NOM : BELKRET EL RHALIA

REF : 94-0826

DATE : 07/01/2023

SERVICE : Med.

EXAMENS DEMANDES		VAL. USUEL
Glycémie à jeun	1,98	0.70 - 1.15g /L
Glycémie P.P		< 1.40
HB Glyquée		4 - 6 %
Urée	0,39	H : 0,19- 0,43g /L F : 0,15- 0,37g /L
Créatinine	11	H : 6 - 13 mg /L F : 6-11 mg /L
Phosphore		25-45 mg /l
Acide Urique		F : 25 - 62 mg/L H : 35 - 85 mg/L
ASAT (G. O. T.)	18	F : <31 UI/L H : <35 UI /L
ALAT (G.P.T.)	5	F : < 35 UI /L H : < 45 UI /L
P.A. L	57	38 - 126 UI/L
GAMMA. G. T.	5	F : < 43 U /L H : < 49 U /L
Bilirubine : Totale	3	1 - 12 mg/L
Conjuguée	1	< 2 mg/L
Libre	2	0 - 11 mg /L
LIPASE		≤ 60 UI /L
C. P. K.		F : 30 - 135 UI /L H : 55 - 170 UI /L
L. D. H.		313 - 618 UI /L
Cholesterol .T	1,66	< 2 g /L
Cholesterol HDL	0,47	≥ 0.35 g /L
Cholestérol L D L	0,95	< 1.90 g /L
Triglycerides	1,20	<1.50 g / L
Lipides totaux		4 - 7 g / L
Albuminémie		35 - 50g / L

EXAMENS DEMANDES	RESUL	VAL. USUEL
Fer sérique		F : 0.37-1.70 mg / L H : 0.49-1.81 mg / L
C. T .F		2.50 - 4.20 mg/ L
Mag . SERIQUE		16 - 23 mg / L
Mag . Globulaire		45 - 60 MG / L

### IONOGRAMME

Sodium (NA+)	138	135-145 mmol/L
Potassium (K+)	4,58	3,5 - 5,5 mmol/L
Chlore (CL <sup>-</sup> )	107	98 - 108 mmol/L
Réserve Alcaline		22 - 30 mmol/L
Protides	58	63 - 82 g / L
Calcium	81	84-102 mg / L

### AUTRES - EXAMENS

AMYLASE		30 - 110 UI/L
CRP		< 5 mg / L



TOUSSAINT CLÉMENTINE ADDAMAH

WILHELMUS HOOGENBERG

0000940826 2 01/01/1941

1/1941 FINANCE

fn3

11. *Amphibolite*

0000948810  
BELKRET  
EL RHALIA PC ASS  
1230001C9  
MEDECINE  
SALLE LIT

07/01/2023

21

5  
Sick

9076

✓-ee

5W

adv

## Thymidine

~~Innogen~~

155

- glycine

~~TSH~~

Calculus 149

Boîton hépatique  
Boîton lipidique  
Acide urique.

Boulevard AL Qods , Inara II - Aïn Chok - Casablanca

Tel : 0522 21 30 90 - Rendez-vous : 0522 50 45 13 - Fax : 0522 40 48 06

## DECOMPTE

N° de séjour : 123000109

N° de séance : 202301070149

N° IPP : 0000940826 BELKRET,El Rhalia Pc Ass

Né(e) le : 01/01/1941

UF de présence : 2001 MEDECINE  
 UF demandeur : 2001 MEDECINE  
 Date et heure : 07/01/2023 12:16  
 Intervenant : 10545 DR LAZRAK

UF	INTERVENANT	CDAM/TARIF	LET.CLE	TARIF	COEFF	COEF.T	MONTANT
5004	EQUIPE LABO	Acide urique	B	1.10	1.00	30.00	33.00
5004	EQUIPE LABO	Urée	B	1.10	1.00	30.00	33.00
5004	EQUIPE LABO	Créatinine	B	1.10	1.00	30.00	33.00
5004	EQUIPE LABO	Glycémie	B	1.10	1.00	30.00	33.00
5004	EQUIPE LABO	Cholestérol total	B	1.10	1.00	30.00	33.00
5004	EQUIPE LABO	Sodium	B	1.10	1.00	30.00	33.00
5004	EQUIPE LABO	Potassium	B	1.10	1.00	30.00	33.00
5004	EQUIPE LABO	Chlore	B	1.10	1.00	30.00	33.00
5004	EQUIPE LABO	Protéines	B	1.10	1.00	30.00	33.00
5004	EQUIPE LABO	Calcium -	B	1.10	1.00	30.00	33.00
5004	EQUIPE LABO	Taux de prothrombine	B	1.10	1.00	40.00	44.00
5004	EQUIPE LABO	Temps de céphaline kaolin (TCK)	B	1.10	1.00	40.00	44.00
5004	EQUIPE LABO	Transaminases O (TGO)	B	1.10	1.00	50.00	55.00
5004	EQUIPE LABO	Transaminases P (TGP)	B	1.10	1.00	50.00	55.00
5004	EQUIPE LABO	Gamma glutamyl transférase (G G T)	B	1.10	1.00	50.00	55.00
5004	EQUIPE LABO	Phosphatasées Alcalines	B	1.10	1.00	50.00	55.00
5004	EQUIPE LABO	Groupe ABO et Rhésus	B	1.10	1.00	60.00	66.00
5004	EQUIPE LABO	Triglycérides	B	1.10	1.00	60.00	66.00
5004	EQUIPE LABO	Bilirubine (Totale Directe et Indirecte)	B	1.10	1.00	70.00	77.00
5004	EQUIPE LABO	Numération Formule (Globules rouges/Blancs/plaquet	B	1.10	1.00	80.00	88.00
5004	EQUIPE LABO	Cholestérol HDL+LDL	B	1.10	1.00	80.00	88.00
5004	EQUIPE LABO	Hémoglobine glycosylée	B	1.10	1.00	100.00	110.00
5004	EQUIPE LABO	Troponine	B	1.10	1.00	250.00	275.00
5004	EQUIPE LABO	T S H u s	B	1.10	1.00	250.00	275.00

Total : 1683.00



Centre Médical

POLYCLINIQUE 0000940826 2 01/01/1941  
MORÉTATH BEL KRET  
EL RHALIA PC ASS 07/01/2023  
123000109  
MEDECINE  
SALLE LIT

Donnance

07/01/2023

P. M. T. A. L

✓

Docteur Latifa RAFAI  
MEDICO URGENTISTE

Boulevard AL Qods , Inara II - Aïn Chok - Casablanca

Tel : 0522 21 30 90 - Rendez-vous : 0522 50 45 13 - Fax : 0522 40 48 06

## DECOMPTE

**N° de séjour :** 123000109

*UF de présence :* 2001

**N° de séance :** 202301070116

*UF demandeur :* 2001 MEDECIN

Date et heure : 07/01/2023 12:1

N° IPP : 00009408

*Intervenant :* 10545 DR LAZRAI

UF	INTERVENANT	CDAM/TARIF	LET.CLE	TARIF	COEFF	COEF.T	MONTANT
5003	EQUIPE RADIO	Téléradiographie du thorax, quel que soit le nombr	Z	10.00	1.00	16.00	160.00



0000940826 2 01/01/1941  
 BELKRET  
 EL RHALIA PC ASS  
 123000109  
 MEDECINE 07/01/2023  
 SALLE LIT



Casablanca le

ETIQUETTE :

## COMPTE RENDU D'HOSPITALISATION

Nom &amp; Prénom du malade :

Date de naissance : .....

Date d'entrée : ..... 07-01-23

Date de sortie : ..... 07-01-23

Service : ..... Médecine

Médecin traitant : ..... DR HAZA

Motif d'hospitalisation : ..... Déshydratation

Exploration : ..... Toux

.....

.....

Traitement : ..... Aspirine 1x2

.....

.....

Suites : ..... transfert pour fœvid

.....

DR. DOUHAB Samira  
 Anesthésie Réanimation

## SERVICE D'IMAGERIE MEDICALE

Radiologie conventionnelle – Echographie – Doppler

### COMPTE RENDU

DATE : 07/01/23

**NOM & PRENOM** : BELKRET EL RHALIA

**MEDCIN TRAITANT** :

**EXAMEN** : RX POUMON

❖ Opacité basale droite hétérogène mal limitée.

DR

Dr. Oufaie KCHIOUCHA  
Medecin Radiologue  
Polyclinique CNSS - INARA  
NPE. 091036269

NOM : BELKRET  
REF : 940826

## ANALYSES HEMATOLOGIQUE DU SANG

ELRHALIA

DATE : 07/01/2023

SERVICE : Med.

EXAMENS DEMANDES	RESULTATS	NORMES
---------------------	-----------	--------

EXAMENS DEMANDES	RESULTATS	NORMES
---------------------	-----------	--------

### NUMERATION

G. BLANCS X 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>	9,74	4 - 10
G. ROUGES X 10 <sup>6</sup> /mm <sup>3</sup>	3,63	H : 4,3 - 5,8 F : 4,2 - 5,4
H. B g/100ml	11,4	H : 13 - 17 F : 11,5 - 16
H. T. %	32	H : 40 - 54 F : 37 - 47
VGM u3	89	80 - 95
TGMH ug	31	27 - 32
CCMH g/100ml	34	32 - 36
RETICULOCYTES X 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>		20 - 80
PLAQUETTES X 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>	173	150 - 400

### FORMULE

* NEUTRO.	65	
* EOSINO.	02	
* BASO.	00	
* LYMPHO.	31	
* MONO.	02	
* AUTRES		

V. S		
1 <sup>ère</sup> HEURE		H : 3 - 10 mm F : 7 - 15 mm
2 <sup>ème</sup> HEURE		H : 6 - 16 mm F : 7 - 20 mm

### HEMOSTASE

* T.P	99%	> 70%
* I. N. R.		
* TCK : TEMOIN MALADE	35 = 28	T ± 10
* FIBRINOGENE		2 - 4 g /l
* ASLO		< 200ui /ml
****CRP		< 5 mg /l

### AUTRES-EXAMENS

***UREE		0.15 - 0.43 g /l
***GLYCEMIE		0.70 - 1.15 g /l
****CREATININE		6 - 13 mg /l



RECHERCHES D'ANTICORPS IRREGULIERS, CROSSESSES, FAUSSES COUCHES, ets.

DATE	RÉSULTATS	NOM MEDECIN LABORATOIRE OU ETABLISSEMENT
<b>TRANSFUSIONS</b>		
DATE	NOMBRE NATURE ET GROUPE OBSERVATIONS	NOM MEDECIN LABORATOIRE OU ETABLISSEMENT

Carte Receveur

مصحة الضمان

POLYCLINIQUE ADDÀMAN

VOTRE SANTÉ NOTRE PRIORITÉ

INARA II

## CARTE DE GROUPE SANGUIN

Nous vous conseillons de conserver  
sur vous avec vos papiers d'identité,  
cette carte de groupe sanguin.

La connaissance de votre groupe  
facilitera toute transfusion qui vous  
serait nécessaire

