

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.



Déclaration de Maladie

N° M21- 0056319

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 333 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL ME R NISS - L A H O U S S I N E

Date de naissance : 1937

Adresse : même adresse.

Tél. : 0664 19 72 18 Total des frais engagés : 2506,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 07/01/2023

Nom et prénom du malade : BELKRET EL R H A L I A Age : 82

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

Nature de la maladie : ostéose récurrente

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 : Casa Le : 16/08/2023

Signature de l'adhérent(e) :

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

Autorisation CNDP N° AA-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
07/02/2023		1	2506,40	

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

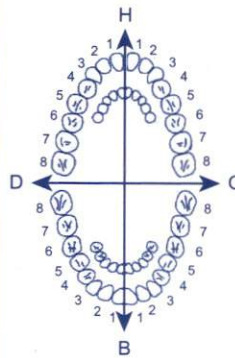
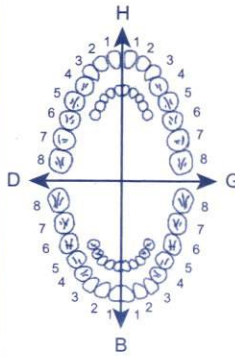
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
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 <input type="text"/>	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA
Bd El-Qods Cité Inara 20150 CASABLANCA
Tél : 0522-21-30-90 (L.G) Fax : 0522-50-48-06
RDV : 0522-50-45-13
INPE: 090001520 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 940826	N° SEJOUR : 123000109	FACTURE N° 2301001380	DATE D'ENTREE : 07/01/2023	DATE DE SORTIE : 07/01/2023
ASSURE :			DESTINATAIRE :	
MALADE : BELKRET, EI Rhalia Pc Ass NOM JEUNE FILLE : BH36359			BELKRET, EI Rhalia Pc Ass HAY IFRIQUIA RUE 70 NO 131 CASA	
TIERS PAYANT 1 : TIERS PAYANT 2 : REF. PC 1 : REF. PC 2 :			N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : 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 RADIOLOGIE 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



Melle. BAIDOUR Sam
CAISSIERE
Polyclinique

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

TOTAUX :				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 :			
				Règlement 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 EL RHALIA MEDECIN :

REF : 340826 SERVICE : Med.

DATE : 07/01/2023

EXAMENS SPECIALISES

EXAMENS	RESULTATS	VALEURS USUELLES
TROPONINE	0,01	<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

LABORATOIRE

ANALYSES BIOCHIMIQUES DU SANG

Service : LABORATOIRE

NOM : BELKRET EL RHALIA

REF : 940826

DATE : 07/01/2023

SERVICE : Med.

EXAMENS DEMANDES		VAL. USUEL
Glycémie à jeun	1,28	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
Trigly cerides	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 ⁻)	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



f13

POLYCLINIQUE ADDAMANE

VOIE RAPIDE POUR

REGISTRATION

0000940026 2 01/01/1941
BELKRET
EL RHALIA PC ASS
123000109
MEDECINE
SALLE LIT

FINANCE

NF USky.

Syk

QPTer

V.ee

Sy

adL

- Troponine

- Imagerie
Sg

- glycémie

TSH

Celso 149

Doktor Lutfi RAFAI
MEDECIN URGENTISTE

Raion hépatique
Raion lipidique
Acide urique.

Boulevard AL Qods, Inara II - Ain 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	Phosphatases 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



unse

unse

DONNANCE

ROYAUME DU MAROC
MINISTRE DE LA SANTE

0000940826 2 01/01/1941
BEI.KRET
EL RHALIA PC ASS
123000109
MEDECINE
SALLE LIT

07/01/2023

02/01/2023

Tahar

Handwritten signature

Docteur Latifa KAFAI
MEDECIN URGENTISTE

DECOMPTE

N° de séjour : 123000109

N° de séance : 202301070116

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
5003	EQUIPE RADIO	Téléradiographie du thorax, quel que soit le nombr	Z	10.00	1.00	16.00	160.00

Total : 160.00



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

Casablanca le

ETIQUETTE :

COMPTE RENDU D'HOSPITALISATION

Nom & Prénom du malade :

Date de naissance :

Date d'entrée : 02-01-23

Date de sortie : 02-01-23

Service : Médecine

Médecin traitant : DR HAZZAZ

Motif d'hospitalisation : Detresse respiratoire

Exploration : TDM Thorax

Examen physique

Rx thorax

Traitement : Mexiclor 1g x 2

Suites : transfert pour Covid

Dr. DOUHAL 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. Ouafae KCHIOUCHA
Medecin Radiologue
Polyclinique CNSS - INARA
N° P.E. 091036269



الضمان الإجتماعي
CNS

Service : LABORATOIRE

NOM : BELKRET ELRHALLIA

REF : 940826

ANALYSES HEMATOLOGIQUE DU SANG

DATE : 07/01/2023

SERVICE : Med.



الإدارة II
INARA II

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

NUMERATION

G. BLANCS 3 X 10 /mm3	9,74	4 - 10
G. ROUGES 6 X 10 /mm3	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
V G M u3	89	80 - 95
TGMH ug	31	27 - 32
CCMH g/100ml	34	32 - 36
RETICULOCYTES 3 X 10 /mm3		20 - 80
PLAQUETTES 3 X 10/mm3	173	150 - 400

FORMULE

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

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

V.S

1 ^{ère} HEURE		H : 3 - 10 mm F : 7 - 15 mm
2 ^{ème} 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 - 13mg/l

LABORATOIRE

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

DATE	RÉSULTATS	NOM MEDECIN LABORATOIRE OU ETABLISSEMENT

TRANSFUSIONS

DATE	NOMBRE NATURE ET GROUPE OBSERVATIONS	NOM MEDECIN LABORATOIRE OU ETABLISSEMENT

Carte Receveur

مصحة الضمان

POLYCLINIQUE ADDAMAN

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

CARTE DE GROUPE SANGUIN

Mentions
biologiques
spéciales



PHOTO

PREMIERE DETERMINATION

940826

N° d'examen Date Préleveur

07/21/23

ABO

Rh

Nom Prenom (Nom de jeune fille) Adresse Date et lieu de Naissance

D^u D C \bar{c} E \bar{e} K RAI

Vignette Groupe Rhésus

BELKRET EL RHALLA

Le Directeur
du laboratoire

DEUXIEME DETERMINATION

Attention : les résultats figurant ci-dessus ne doivent être considérés comme définitifs qu'après une deuxième détermination effectuée sur un **second prélèvement**

N° d'examen Date Préleveur

ABO

Rh

Nom Prenom (Nom de jeune fille) Adresse Date et lieu de Naissance

D^u D C \bar{c} E \bar{e} K RAI

Vignette Groupe Rhésus

LABORATOIRE

Le Directeur
du laboratoire