

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

- 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° W21-713964

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11463 Société : RAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 76416

Nom & Prénom : AIT EL NAJDOUN Hanane

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0660301886 Total des frais engagés : 2833,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin : Dr. JABRANE Abdelaziz

Cachet du médecin :

Spécialiste en
Néphrologie - Dialyse
16-18, Bd Yacoub El Mansour
Casablanca - Tél: 05 22 98 49 55

Date de consultation : 15/09/2023

Nom et prénom du malade : AIT EL NAJDOUN Hanane Age :

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

Nature de la maladie : OMI

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 : 21/09/2023

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

ET ADHERENT

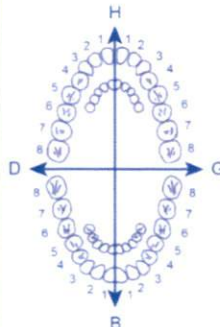
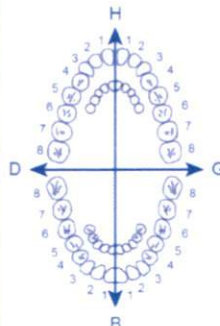
Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant la réalisation des Actes
15.09.2023	C		300,00	

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
	15/09/23	B: 1200,00	1633,00
	19/09/2023	K: 40	2000,00

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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 : <input type="text"/>														
				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		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>B</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>B</td> <td></td> </tr> </table>		H	B	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
	H	B																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[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															

CENTRE D'HÉMODIALYSE YACOUB EL MANSOUR

16 18 BD Yacoub El Mansour Maarif Extension RDC Casablanca

Docteur JABRANE ABDELAZIZ

Spécialiste en Néphrologie - Dialyse

Tél : 05.22.98.49.55

Fax : 05.22.98.88.05



الذكتور جبران عبد العزيز
إختصاصي في أمراض الكلي

الهاتف : 05.22.98.49.55

الفاكس : 05.22.98.88.05

Casablanca Le :

15/9/23

ORDONNANCE

Dr. Ait El Hajjeddou Hamza

1/ Echodoppler veineux des
2 bras supérieurs.

RADIOLOGIE MAARIF
BERRADA M. BENYAHIA Z.
17, Rue Med Bahi
Tél : 0522.25.74.82
Fax: 0522.23.77.05


Dr. JABRANE ABDELAZIZ
Spécialiste en
Néphrologie - Dialyse
16-18, Bd Yacoub El Mansour
Casablanca - Tél: 05 22 98 49 55

CENTRE D'HÉMODIALYSE YACOUB EL MANSOUR

16 18 BD Yacoub El Mansour Maarif Extension RDC Casablanca

Docteur JABRANE ABDELAZIZ

Spécialiste en Néphrologie - Dialyse

Tél : 05.22.98.49.55

Fax : 05.22.98.88.05



الدكتور جبران عبد العزيز

إختصاصي في أمراض الكلى

الهاتف : 05.22.98.49.55

الفاكس : 05.22.98.88.05

Casablanca Le : 19.9.23

ORDONNANCE

Nom: Ait El Hajjounk Hana
Patient de 48 ans, consultant
pour l'ordonnance de Jambon &
de l'ordonnance de membres inférieurs
qui ne sont pas d'origine
venez, pas de cas de la vieillesse

Prière de faire faire
un échodoppler de membres
inférieurs.

Dr. JABRANE Abdelaziz
Spécialiste en
Néphrologie - Dialyse
16-18, Bd Yacoub El Mansour
Casablanca - Tél: 05 22 98 49 55

J.B.

CABINET DE RADIOLOGIE DU MAARIF

Dr. BERRADA M.
Radiologue

Dr BENYAHIA Z.
Radiologue

Domiciliation bancaire : Compte N 013 780011 20 000183001 43 48 BMCI Agence Val d'Anfa-casa
Patente : 34770967 LF 1087675 ICE : 001745076000019

Casablanca, le 19/09/2023

Facture

Nom & Prénom : **AIT EL MAJDOUB HANANE**
Date d'examen : 19/09/2023

Examen(s)	
DOPPLER MEMBRES INFERIEURS	
Montant TOTAL	900 DH

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
NEUF CENTS DH

RADIOLOGIE MAARIF
BERRADA M. BENYAHIA Z.
17, Rue Med Bahi
Tél : 0522.23.74.82
Fax : 0522.23.77.05

17, Rue Mohamed BAHY (es. Rue Meissonnier) en face du bureau de pointage des taxis-
Maarif. Casablanca 20100 Tél : 0522257482.237934/253030. Fax : 0522237705



Casablanca le 15/9/2023

Dr. Ail EL Hajjoub Hanane

- ① Rapport Albumine / Créa homme
- ② T.S. H₂U₃
- ③ HbA_{1c}
- ④ Ion Amx
- ⑤ NFS, VS
- ⑥ CRP
- ⑦ E.C.B.L.
- ⑧ Créatinine
- ⑨ Immunogramme

LABORATOIRE D'ANALYSES
DE BIOLOGIE MEDICALE
117 Bd. AL ANZANE
ICE: 001748380001 - Casa
INPE: 093806000093

Dr. JABRANE Abdelaziz
Spécialiste en
Néphrologie - Dialyse
16-18, Bd Yacoub El Mansour
Casablanca - Tél: 05 22 98 49 55

Urgence 24h/24h المستعجلات

19, Bd Ibnou Sina - Casablanca Tél: 05 22 94 39 33 (L.G) - Fax: 05 22 94 30 22

www.cardiocasaanfa.com - Email: contact@cardiocasaanfa.com - I.C.E. : 001742957000002

Patente: 35806678 - I.F: 1004548 - C.N.S.S.: 6021589 BMCI - Agence Mohamed V - RIB: 013 780 01 104 01384700132 48

19, شارع ابن سينا- الدار البيضاء الهاتف: 05 22 94 39 33 - الفاكس: 05 22 94 30 22

بناتنا: 35806678 - ت ج: 1004548 - ص و ض ج: 6021589 التعريف البنكي: 013 780 01104 01384700132 48



Prescripteur : Dr ABDELAZIZ JABRANE

Dossier ouvert le : 15-09-2023 12:41

Edité le : 16-09-2023

Réf : 2309151074

Compte Rendu d'Analyse

Laboratoire certifié AFNOR ISO 9001:2015 N°2 020/85901

Mme AIT EL MAJDOUB Hanane

Page 1 / 3

HEMATOLOGIE

NUMERATION FORMULE SANGUINE Sysmex XT2000

NUMERATION

Leucocytes :	7 670	/mm ³	(4 000–10 000)
Hématies :	4.01	M/mm ³	(3.80–5.40)
Hémoglobine :	13.1	g/100ml	(12.0–16.0)
Hématocrite :	39.0	%	(35.5–45.5)
VGM :	97.3	μ ³	(80.0–99.0)
TCMH :	32.7	pg	(27.0–33.0)
CCMH :	33.6	g/100ml	(29.0–36.0)

FORMULE

Polynucléaires Neutrophiles :	66.4	%	(40.0–75.0)
Soit:	5 093	/mm ³	(2 000–7 500)
Polynucléaires Eosinophiles :	0.7	%	(1.0–4.0)
Soit:	54	/mm ³	(100–400)
Polynucléaires Basophiles :	0.3	%	(0.0–1.0)
Soit:	23	/mm ³	(0–150)
Lymphocytes :	27.4	%	(20.0–45.0)
Soit:	2 102	/mm ³	(1 500–4 000)
Monocytes :	5.2	%	(2.0–12.0)
Soit:	399	/mm ³	(200–800)

PLAQUETTES

Plaquettes :	270 000	/mm ³	(150 000–400 000)
VMP:	10.6	fl	

VS.1ère heure	14	mm	(<20)
VS 2ième heure	24	mn	

Biologistes Responsables :
- Dr. A. AZEDDOUG
- Dr. N. BAAJ

Laboratoire certifié AFNOR ISO 9001:2015 n°2020/85901

Dossier Validé

Dr A. Azeddoug

Médecin Biologiste



Mme AIT EL MAJDOUB Hanane

Réf : 2309151074

Page 2 / 3

BIOCHIMIE SANGUINE

Roche Cobas 6000

Sodium (Na ⁺): (RC)	137 mEq/L	(135-145)
Potassium (K):	3.78 mEq/l	(3.50-5.10)
Chlorure:	95 mEq/L	(95-108)
Réserve Alcaline:	24.0 mEq/L	(22.0-30.0)
Protéines totales:	69.7 g/L	(62.0-83.0)
Magnésium sérique:	23.00 mg/L 0.9 mmol/l	(17.00-27.00) (0.7-1.1)
Acide Urique:	44.10 mg/l	(<71.00)
Urée:	0.25 g/l	(0.10-0.50)
(Soit:)	4.17 mmol/l	(1.67-8.34)
Créatinine:	7.1 mg/l	(5.0-12.0)
(Soit:)	63.9 µmol/L	(45.0-108.0)
Calcium:	89.60 mg/l	(84.00-102.00)
Glycémie à jeun:	0.82 g/L	(0.70-1.10)
(Soit:)	4.55 mmol/L	(3.89-6.11)
Phosphorémie:	29.30 mg/L 0.9 mmol/L	(25.00-45.00) (0.8-1.4)
HbA1c (HPLC):	5.2 %	(4.0-6.5)
(Arkray)		
soit:	33 mmol/mol	(20-48)

PROTEINES SPECIFIQUES

Protéine C-réactive:	0.8 mg/L	(<5.0)
----------------------	----------	--------

HORMONOLOGIE

T.S.H:	2.48 mUI/L	(0.25-5.00)
(Chimiluminescence/Cobas6000)		

Biologistes Responsables :

: Dr. A. AZEDDOUG

- Dr. N. BAAJ

Laboratoire certifié AFNOR ISO 9001:2015 n°2020/85901

Dr A. Azeddoug

Médecin Biologiste

Dossier Validé par :



BIOCHIMIE URINAIRE

Sous réserve d'une bonne collecte des urines de 24H

Microalbuminurie sur miction: 7.4 mg/l
normes inf à 30mg/24h

Créatinine urinaire sur miction: 2 390.0 mg/l
Normes: 900 à 2000 mg/24h

Rapport alb/cre urinaire: 0.34 mg/mmol (<2.50)
Recherche albumine négative

BACTERIOLOGIE

EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES

EXAMEN MACROSCOPIQUE

Aspect : Légèrement trouble.

BIOCHIMIE PAR BANDELETTE

pH: 6.5
Glucose: Absence.
Protéines: Absence.
Corps Cétoniques: Absence.
Sang: **Traces.**

EXAMEN MICROSCOPIQUE

Leucocytes : 47 / mm³ (0-10)
Hématies : 60 / mm³ (0-5)
Cellules épithéliales : Quelques
Cylindres : Absence
cristaux: Absence

EXAMEN BACTERIOLOGIQUE

Examen direct : Absence de germes
Culture : Négative.

(RC) : Résultat contrôlé

Fin du compte rendu

Laboratoire d'Analyses de Biologie Médicale Bir Anzarane

117, Bd Bir Anzarane 20 100 Maarif Casablanca

Tél : 05 22 99 46 63/ 05 22 25 82 05 Fax : 05 22 98 09 11

ICE : 001748386000083

Patente : 35870583

IF : 01006693

CNSS : 7070999

Compte bancaire : BMCI Casa Normandie

RIB : 013 780 01802 000329 001 80 48

INPE : 093001196

Casablanca le : 15-09-2023

Mme Hanane AIT EL MAJDOUB

FACTURE N° 2309151074

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
0119	Hémoglobine glycosylée	B100	B
0120	Ionogramme complet	B160	B
PS	Prélèvement sang	E25	E
9105	FORFAIT DE SECURITE POUR ECHANTILLON SANGUIN	E0	E
0163	TSH	B250	B
0216	Numération Formule (Globules rouges/Blancs/plaquettes)	B80	B
0370	C R P (Protéine C réactive)	B100	B
	Magnésium	B60	B
	Bicarbonates	B40	B
	Créatininurie sur miction:	B30	B
	Examen cyto bactério des urines	B150	B
	Microalbuminurie sur miction:	B100	B
0100	Acide urique	B30	B
0111	Créatinine	B30	B
0129	Phosphore minéral	B40	B
0223	VS	B30	B

Total de B : 1200

TOTAL DOSSIER	1633.00 DH
---------------	------------

Arrêtée la présente facture à la somme de : mille six cent trente-trois dirhams

LABORATOIRE D'ANALYSES
DE BIOLOGIE MEDICALE
117 Bd Bir Anzarane - Casa
ICE: 001748386000083
INPE: 093001196

Casablanca , le 19/09/2023

**Mme. AIT EL MAJDOUB HANANE
DR JABRANE ABDELAZIZ**


ECHO-DOPPLER VEINEUX
DES DEUX MEMBRES INFERIEURS :

- Perméabilité du réseau veineux profond (Veines iliaques externes, veines fémorales communes, fémorales superficielles, veines poplitées, veines tibiales et pédieuses), avec des veines à paroi fine, dépressibles à la compression et se remplissant normalement au doppler couleur.
- Absence de thrombose ou de signes post-phlébitiques.
- Veine cave inférieure normale sans altération pariétale ni thrombose.
- Aorte de calibre normal et perméable.

AU TOTAL :

- **ABSENCE DE SIGNE DE THROMBOSE VEINEUSE PROFONDE.**

Avec mes amicales salutations.


Dr. BENYAHIA Z
RADIOLOGIE MEDICALE
BERRADAM. BENYAHIA Z
17, Rue Med Bahi
Tél: 0522.25.74.82
Fax: 0522 23 77.05