

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.

M23- 0022563

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10777 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ZRIAZEL FADWA

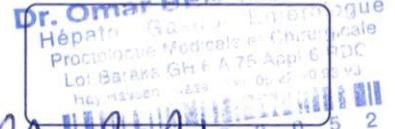
Date de naissance : 04/09/1979

Adresse : Rue Allal Ben Abdellah 6ème étage Résidence GHTTA, Appartement Velodrome

Tél. : 0663372527 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10/01/2024

Nom et prénom du malade : Moutaib Malek Age: 11 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Appendicitis Digestive

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : 10/01/2024

Signature de l'adhérent(e) : PK

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
10/01/2024	A-C8-	25000		

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
 Lyon 03 85 21 21 21 06 03 85 21 21 21	13/01/24	B6704 <i>radi</i>	922 Dhs

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
			Coefficient DES TRAVAUX
			MONTANTS DES SOINS
			DEBUT D'EXECUTION
			FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

The diagram illustrates a dental arch with numbered teeth (1 through 8) and various anatomical features. Key landmarks include:

- H:** High point of the dental arch.
- D:** Dorsum (top) of the dental arch.
- G:** Gingiva (gum tissue) surrounding the teeth.
- B:** Buccal (cheek) side of the dental arch.
- A:** Anterior (front) side of the dental arch.
- V:** Vomerine process (a small projection on the hard palate).
- Y:** Y-shaped suture line on the hard palate.
- H:** Hard palate.
- S:** Soft palate (velum).
- U:** U-shaped suture line on the hard palate.
- L:** L-shaped suture line on the hard palate.
- T:** T-shaped suture line on the hard palate.
- W:** W-shaped suture line on the hard palate.
- P:** Pterygopalatine fossa (a small cavity near the maxillary sinus).
- M:** Maxillary sinus (a large air-filled cavity in the maxilla).

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PRODEFEN
Complément alimentaire
PPC : 99 Dhs

Lot :
Date de Fab :
Date de Pér :

129094
03.2023
03.2025

OUANE

Hépatique et Digestif
(Hémorroïdes)

Estomac - Foie - Intestinale et Chirurgicale

Echographie

Endoscopie digestive



الدكتور عمر بن رضوان

اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي

(المعدة، الكبد، الأمعاء و البواسير)

أمراض و جراحة المخرج

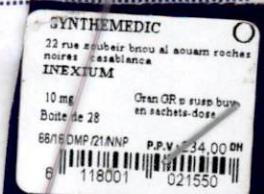
الفحص بالصدى

التشخيص بالمنظار الداخلي

10/01/2024

Casablanca le:

Nom : MOUTAIB MALAK



- INEXIUM 10 mg
1 sachet /j demi heure avant petit dej
pdt 2 sem.

40,00

- NEOFORTAN 40 mg
1 cp effe *3/j avant repas
pdt 10 jours

SV

PPU 40DH 00
EXP 08/2026
LOT 34023 6

59,00

- Dr. ROUGIER GAZ capsules
1 capsules *2/j apres repas
pdt 10 jours

SV

SP

99,00

- PRODEFEN sachet
1 sachet /j avant repas
pdt 10 jours

SV



جنة البركة م 6 عمارة 75 الطابق السفلي ش 6 الحسني

مُستعجلات: 06 63 61 37 41 | تلفون: 05 22 90 93 93 | ع urgences: 06 63 61 37 41

Docteur Omar BENREDOUANE

Spécialiste Des Maladies de l'Appareil Digestif
(Estomac - Foie - Intestins - Hémorroïdes)

Proctologie Médicale et Chirurgicale

Echographie

Endoscopie digestive



الدكتور عمر بن رضوان

اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي
(المعدة، الكبد، الأمعاء و البواسير)

أمراض و جراحة المخرج

الفحص بالصدى

التخدير بالمنظار الداخلي

Casablanca le: **10/01/2024**

Nom : MOUTAIB MALAK

NFS + PQ

FERRITINE

GLYCEMIE A JEUN

UREE ; CREAT

CRP / VS

ECBU

Dr. Omar BENREDOUANE
Hépato Gastro Entérologie
Proctologie Médicale et Chirurgicale
Le Baraka GH 6 A 75 Appt 6 Hay Hassani
Casablanca Tél: 05 22 90 93 93
Fax: 05 22 96 49 19
Gsm : 0662 68 49 19
ICE: 0018999210000001

Facture

N° facture : 2024-0278

Edité le : 13/01/2024 09:47:20

Patient : MOUTAIB Malak

Date prélèvement : 13/01/2024

Analyses	Valeur en B	Montant
NUMERATION FORMULE SANGUINE	80	107,20
VITESSE DE SEDIMENTATION	30	40,20
Glycémie à jeun	30	40,20
Ferritine	250	335,00
Urée	30	40,20
Créatininémie	30	40,20
Protéine C Réactive (CRP)	100	134,00
EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES	120	160,80
Total B	670	897,80
APB	25,0	25,00
Déplacement		0,00
Remise		0,80
Total		922,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : Neuf cent vingt-deux dirhams***

LABORATOIRE DAR BOUAZZA
Sahel Dar Bouazza
Tel: 0522 29 27 39 - Fax: 0522 96 57 60
Mob: 0662 68 44 19
ICE: 001899921000001



Casablanca, le 15/01/2024

Compte rendu d'analyses

Dossier N° : 130124-016 Pvt du: 13/01/2024 9:43

Nom : Enf MOUTAIB Malak

Demandé par Dr : OMAR BENREDOUANE

Page : 1/3

HEMATOLOGIE

NUMERATION FORMULE SANGUINE

(Technique : Sysmex XS-1000i / Sysmex XN 530)

			Valeurs Usuelles	Antériorité
ERYTHROCYTES	:	5,16 M/ μ l	(3,6 - 5)	4,78 (07/12/19)
Hémoglobine	:	14,00 g/dl	(12 - 16)	12,90 (07/12/19)
Hématocrite	:	43,10 %	(36 - 44)	38,40 (07/12/19)
VGM	:	83,50 fL	(70 - 85)	80,33 (07/12/19)
TCMH	:	27,10 pg	(24 - 31)	26,99 (07/12/19)
CCMH	:	32,48 g/dl	(32 - 36)	33,59 (07/12/19)
LEUCOCYTES	:	4 450 /mm ³	(4000 - 10000)	5000 (07/12/19)
FORMULE LEUCOCYTAIRE	:			
Polynucléaires Neutrophiles	:	33,10 % Soit 1473/mm³	(1800 - 8000)	1420 (07/12/19)
Polynucléaires Eosinophiles	:	2,70 % Soit 120/mm ³	(Inférieur à 400)	140 (07/12/19)
Polynucléaires Basophiles	:	0,40 % Soit 18/mm ³	(Inférieur à 200)	30 (07/12/19)
Lymphocytes	:	57,50 % Soit 2559/mm ³	(1500 - 6500)	2970 (07/12/19)
Monocytes	:	6,30 % Soit 280/mm ³	(40 - 800)	440 (07/12/19)
PLAQUETTES	:	283,00 10 ³ / μ l	(150 - 400)	307,00 (07/12/19)

VITESSE DE SEDIMENTATION

Première heure	:	5 mm	(Inférieur à 10)
Deuxième heure	:	17 mm	(Inférieur à 20)

Dr. BAHRI Leyla
Laboratoire Dar Bouazza
05 22 96 57 60
05 22 96 57 60
05 22 96 57 60
05 22 96 57 60

Enf MOUTAIB Malak

Dossier N° : 130124-016

Page : 2/3

BIOCHIMIE

		Valeurs Usuelles	Antériorité
Glycémie à jeun <i>(Technique : Enzymatique Photométrique GOD-PAP)</i>	: 0,90 g/l	(0,7 - 1,15)	
Ferritine <i>(Technique : ELFA Mini Vidas Biomérieux)</i>	: 50,84 ng/ml	(12 - 300)	
Urée <i>(Technique : Enzymatique à l'uréase)</i>	: 0,22 g/l	(0,11 - 0,36)	
Créatininémie <i>(Technique : Enzymatique (Changement de technique depuis le 03/12/2018))</i> 7 mois - 12 mois : 2 - 4 1 an - 18 ans : 2 - 7	: 5,12 mg/l		
Protéine C Réactive (CRP) <i>(Technique : Immunoturbidimétrie)</i>	: 2,56 mg/l	(Inférieur à 5)	

Dar **Bouazza**

LABORATOIRE DAR BOUAZZA
N° 23, Lot. Sahel - Dar Bouazza
Tél. 0522 29 27 39 Fax : 0522 96 57 60
Gsm : 0662 68 49 19

Dr. BAHRI Leyla

Enf MOUTAIB Malak

Dossier N° : 130124-016

Page : 3/3

MICROBIOLOGIE

Valeurs Usuelles

Antériorité

EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES

MACROSCOPIE :

Aspect : Clair

CHIMIE URINAIRE :

Sucre :	Absence
Corps cétoniques :	Absence
Sang :	Absence
Protéines :	Absence
Nitrites :	Absence
pH :	6,00

ETAT FRAIS :

Cellules épithéliales :	Rares	
Leucocytes :	5 000 /ml	(Inférieur à 10000)
Hématies :	1 /ml	(Inférieur à 5000)
Cylindres :	Absence	
Cristaux :	Absence	
Levures et filaments mycéliens :	Absence	

PARASITOLOGIE :

Trichomonas vaginalis : Absence

BACTERIOLOGIE :

Examen direct après coloration de gram : Absence de germes

Culture :

Culture : Négative

Numération : < 10000 UFC / ml

LABORATOIRE DAR BOUAZZA

n° 23, Lot Sahel - Dar Bouazza
Tel: 0522 29 27 39 - Fax: 0522 96 57 60
Gsm: 0662 68 49 19

Dr BAHRI Leyla

N 23, Lot Sahel, Dar Bouazza, Casablanca ☎ 05 22 29 27 39 / 06 62 68 49 19 ☎ 05 22 96 57 60

✉ laboratoiredarbouazza@gmail.com IF: 20749662 - Pat: 32928202 - ICE: 001899921000001