

# 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

- Reclamation : 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](http://www.mupras.com)

M23-0028949

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

193666

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 3150

Société : RETRAITE

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : M. CHEDDAD

ABDELMAJID

Date de naissance :

Adresse : 43 Rue ABOU EL ABBAS EL AIFI MAANIF  
CASA

Tél. 06 10 32 23 49

Total des frais engagés : 1pm Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 23/12/2023

Nom et prénom du malade : CHEDDAD Abdelmajid Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Nature de la maladie : I.R.C +

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

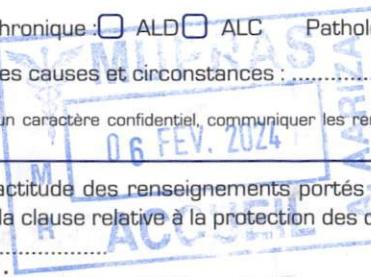
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



### 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                             |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 23/12/23        | C                 | 2                     | 6x                              | Centre des Maladies du Rein et de Diabète Al Amine Dr. MEKOUAR Souha nephrologue 061175211 |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date  | Montant de la Facture  |
|--|-------|--|
| 19.-01-2024                            | 83,40 | PHARMACIE LA DRISE<br>38, rue Abou Abdes El Aziz, Maatiff ext, Casablanca<br>Tel : 05 22 990 710 - 05 22 990 703 - 06 18 18 41 01<br>Email : paralabrisa@gmail.com. la brise parapharmacie<br>ICE : 00168816600012. INPE : 092037134 |
|  |       |  |
|  |       |  |

### ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue   | Date          | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|---------------|------------------------------|------------------------|
| ANALYSES EL MANSOUR<br>Boulevard El Jadida Casablanca | le 15/11/2023 |                              | 1400,00 M.R            |
|   | 20/23         |                              |                        |
|   |               |                              |                        |

### AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

### 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 | CCEFFICIENT DES TRAVAUX |   |          |          |   |          |          |  |          |          |   |          |          |
|--|----------------|------------------|-------------|-------------------------|---|----------|----------|---|----------|----------|--|----------|----------|---|----------|----------|
|  |                |                  |             |                         |   |          |          |   |          |          |  |          |          |   |          |          |
|  |                |                  |             |                         |   |          |          |   |          |          |  |          |          |   |          |          |
|  |                |                  |             |                         |   |          |          |   |          |          |  |          |          |   |          |          |
|  |                |                  |             |                         |   |          |          |   |          |          |  |          |          |   |          |          |
|  |                |                  |             |                         |   |          |          |   |          |          |  |          |          |   |          |          |
|  |                |                  |             |                         |   |          |          |   |          |          |  |          |          |   |          |          |
|  |                |                  |             |                         |   |          |          |   |          |          |  |          |          |   |          |          |
|  |                |                  |             |                         |   |          |          |   |          |          |  |          |          |   |          |          |
|  |                |                  |             |                         |   |          |          |   |          |          |  |          |          |   |          |          |
| DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  |                |                  |             | MONTANTS DES SOINS      |   |          |          |   |          |          |  |          |          |   |          |          |
| <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> |                |                  |             |                         | H | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 |  | 00000000 | 00000000 | B | 35533411 | 11433553 |
| H  | 25533412       | 21433552         |             |                         |   |          |          |   |          |          |  |          |          |   |          |          |
| D  | 00000000       | 00000000         |             |                         |   |          |          |   |          |          |  |          |          |   |          |          |
|  | 00000000       | 00000000         |             |                         |   |          |          |   |          |          |  |          |          |   |          |          |
| B  | 35533411       | 11433553         |             |                         |   |          |          |   |          |          |  |          |          |   |          |          |
| <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> |                |                  |             |                         | H | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 |  | 00000000 | 00000000 | B | 35533411 | 11433553 |
| H  | 25533412       | 21433552         |             |                         |   |          |          |   |          |          |  |          |          |   |          |          |
| D  | 00000000       | 00000000         |             |                         |   |          |          |   |          |          |  |          |          |   |          |          |
|  | 00000000       | 00000000         |             |                         |   |          |          |   |          |          |  |          |          |   |          |          |
| B  | 35533411       | 11433553         |             |                         |   |          |          |   |          |          |  |          |          |   |          |          |
| <p><b>[Création, remont, adjonction]</b><br/>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>  |                |                  |             |                         |   |          |          |   |          |          |  |          |          |   |          |          |
|  |                |                  |             |                         |   |          |          |   |          |          |  |          |          |   |          |          |
|  |                |                  |             |                         |   |          |          |   |          |          |  |          |          |   |          |          |
|  |                |                  |             |                         |   |          |          |   |          |          |  |          |          |   |          |          |
|  |                |                  |             |                         |   |          |          |   |          |          |  |          |          |   |          |          |
|  |                |                  |             |                         |   |          |          |   |          |          |  |          |          |   |          |          |
| DATE DU DEVIS  |                |                  |             | DATE DE L'EXECUTION     |   |          |          |   |          |          |  |          |          |   |          |          |
|  |                |                  |             |                         |   |          |          |   |          |          |  |          |          |   |          |          |
|  |                |                  |             |                         |   |          |          |   |          |          |  |          |          |   |          |          |
|  |                |                  |             |                         |   |          |          |   |          |          |  |          |          |   |          |          |
|  |                |                  |             |                         |   |          |          |   |          |          |  |          |          |   |          |          |
|  |                |                  |             |                         |   |          |          |   |          |          |  |          |          |   |          |          |
|  |                |                  |             |                         |   |          |          |   |          |          |  |          |          |   |          |          |
|  |                |                  |             |                         |   |          |          |   |          |          |  |          |          |   |          |          |
|  |                |                  |             |                         |   |          |          |   |          |          |  |          |          |   |          |          |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur El Abbadi Mohamed Saâd  
Chirurgien Cardiaque et Vasculaire

Lauréat de la Faculté de Médecine  
de Montpellier



الدكتور العبادي محمد سعد  
إختصاصي في جراحة القلب  
والأوعية الدموية  
خريج كلية الطب بمونبولي

Casablanca, Le 19/01/2024 الدار البيضاء، في:

83,40

51,40

① Octex 250 mg

2cp 15 x 5g

Indien

15018

10,20

② Dopastop 500 mg

3cp 15 x 2g

Indien

Indien 15020

21,80

③ Aspecic 100

PER 10/2024  
LOT 100382

ASPECIC 100MG  
SACHETS B20

P.P.V : 21DH80



6 118000 061113



091046201

361, Bd. Sidi Abderrahman - Casablanca

Tél.: 0522 39 52 61 / 0522 39 52 54 / 0661 05 77 89 - Fax : 0522 39 52 70



PHARMACIE LA BRISE  
38, rue Abou Abbas El Arifi, Maarif ext. Casablanca  
Tél : 05 22 990 710 - 05 22 990 703 - 06 18 18 41 01  
ICE : 00160816600012 - INPE : 092037134

(1 mois)

مركز أمراض الكلى  
وتصفية الدم  
الأمين



CENTRE DES MALADIES  
DU REIN ET DE DIALYSE  
AL AMINE

## Ordonnance

Casablanca, le 23/12/2018

N<sup>r</sup> CHEDDAD

NFS + p1p.

Abdelmy id.

Urei - Creat

Ferritine

LABORATOIRE D'ANALYSES  
MÉDICALES EL MANZAH  
115, Route d'El Jadida  
Casablanca  
Tél. 022 222 22 22

INP 091179929  
Néphrologie  
Dr. MOKHTAR SOUFI  
Centre des Maladies du Rein  
et de Dialyse AL AMINE

N° 203, Bd Ibnou Sina, Quartier Al Hana, Hay Hassani, Casablanca  
Tél.: 05 22 39 94 64 - Tél / Fax : 05 22 39 94 06

E-mail : cmrd.alamine@gmail.com

# **LABORATOIRE EL MANZAH D'ANALYSES MEDICALES**

115, ROUTE D'EL JADIDA, CASABLANCA

TEL : 0522 23 53 28 / 0522 23 83 46

FAX : 0522 23 35 58 / ICE:000449340000095 / IF:42404900

## **Note d'honoraires**

Casablanca le 25 décembre 2023

Monsieur CHEDDAD ABDELMAJID

|            |      |
|------------|------|
| FACTURE N° | 1945 |
|------------|------|

### **Analyses :**

|                                   |   |     |               |
|-----------------------------------|---|-----|---------------|
| Numération formule sanguine ----- | B | 80  |               |
| Créatinine -----                  | B | 30  |               |
| Urée -----                        | B | 30  |               |
| Ferritine -----                   | B | 250 | Total : B 390 |
|                                   |   |     | Total : B 390 |

### **Prélèvements :**

|           |    |     |
|-----------|----|-----|
| Sang----- | Pc | 1,5 |
|-----------|----|-----|

|               |           |
|---------------|-----------|
| TOTAL DOSSIER | 400,00 DH |
|---------------|-----------|

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Quatre Cents Dirhams





Dossier ouvert le : 25/12/23

Prélèvement effectué à 07:56

Edition du : 05/02/24

Monsieur CHEDDAD ABDELMAJID

Docteur SOFIA MEKOUAR

Réf. : 23L108

Compte Rendu d'Analyses

HEMATOLOGIE

NUMERATION FORMULE SANGUINE

Normales Antériorités  
homme adulte >60ans

04/11/23

**GLOBULES ROUGES**

|                     |      |   |                   |            |      |
|---------------------|------|---|-------------------|------------|------|
| Hématuries ----- :  | 3,43 | * | M/mm <sup>3</sup> | 4,2 - 5,55 | 2,86 |
| Hémoglobine ----- : | 9,2  | * | g/100 ml          | 12 - 18    | 6,7  |
| Hématocrite ----- : | 29,3 | * | %                 | 33 - 54    | 21,5 |
| V.G.M ----- :       | 85   |   | μ3                | 83 - 98    | 75   |
| T.C.M.H ----- :     | 26,8 | * | pg                | 28 - 32    | 23,4 |
| C.C.M.H ----- :     | 31,4 | * | g/100 ml          | 32 - 36    | 31,2 |

**GLOBULES BLANCS**

|                                     |         |                  |                 |        |
|-------------------------------------|---------|------------------|-----------------|--------|
| Numération des leucocytes ----- :   | 6 640   | /mm <sup>3</sup> | 4000 - 10000    | 6580   |
| Formule leucocytaire                |         |                  |                 |        |
| Polynucléaires Neutrophiles ----- : | 55,8    | %                |                 | 62,5   |
| Soit :                              | 3 705   | /mm <sup>3</sup> | 2000 - 7500     | 4113   |
| Polynucléaires Eosinophiles ----- : | 4,2     | *                | %               | 3,6    |
| Soit :                              | 279     | /mm <sup>3</sup> | 40 - 300        | 237    |
| Polynucléaires Basophiles ----- :   | 0,6     | %                |                 | 0,6    |
| Soit :                              | 40      | /mm <sup>3</sup> | < 100           | 39     |
| Lymphocytes ----- :                 | 28,0    | *                | %               | 20,7   |
| Soit :                              | 1 859   | /mm <sup>3</sup> | 1500 - 6500     | 1362   |
| Monocytes ----- :                   | 11,4    | *                | %               | 12,6   |
| Soit :                              | 757     | /mm <sup>3</sup> | 40 - 800        | 829    |
| PLAQUETTES ----- :                  | 230 000 | /mm <sup>3</sup> | 150000 - 400000 | 202000 |

Anisocytose.

LABORATOIRE D'ANALYSES  
MÉDICALES EL MANZAH  
115, A Route d'El Jadida  
Maârif - Casablanca - Tél : 05.22.23.35.58 / 05.22.23.83.46 - Fax : 05.22.23.35.58



Dossier ouvert le : 25/12/23

Prélèvement effectué à 07:56

Edition du : 05/02/24

Monsieur CHEDDAD ABDELMAJID

Docteur SOFIA MEKOUE

Réf. : 23L108

Compte Rendu d'Analyses

BIOCHIMIE

Créatinine sanguine ----- :  
(Colorimétrique Jaffé - Cinétique)

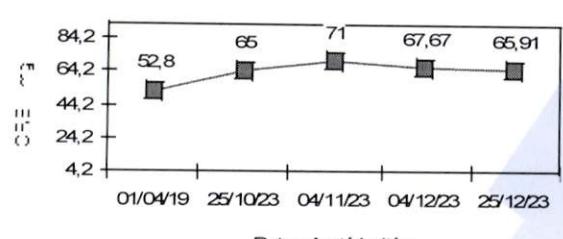
Soit :

65,91 \* mg/l  
583,3 μmol/l

04/12/23

6 - 13

67,67



Urée ----- :  
(Enzymatique UV)

Soit :

0,99 \* g/l  
16,5 mmol/l

1,15

0,13 - 0,43

598,8

2,17 - 7,17

19,17

IMMUNO / SEROLOGIE

Ferritine ----- :  
(Technique E.L.F.A.)

114,13 ng/ml

62,69

|                        |   |            |       |
|------------------------|---|------------|-------|
| Hommes                 | : | 68 à 434   | ng/ml |
| Femmes cycliques       | : | 9,3 à 159  | ng/ml |
| Femmes ménopausées     | : | 24,4 à 278 | ng/ml |
| Age de 6 mois à 15 ans | : | 15 à 80    | ng/ml |
| Age de 2 à 6 mois      | : | 40 à 200   | ng/ml |
| Age de 1 à 2 mois      | : | 140 à 400  | ng/ml |
| Age < à 1 mois         | : | 90 à 600   | ng/ml |

LABORATOIRE D'ANALYSES  
EL MANZAH  
115 Route d'El Jadida  
El Jadida - Casablanca - Maroc