

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.

Biologie 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.

Education :

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.

Thérapie :

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

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 23721 Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Benchekroun Farida

Date de naissance :

17/05/1952

Adresse :

3 Rue Abdellah Gassas

Tél. : 0663275535

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Ben Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : REYBON SIDENT CORPIE MANTIQUE

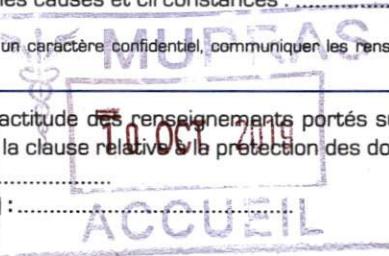
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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) :



RECOMMANDATIONS GENERALES POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

① Il est indispensable d'établir une déclaration par personne et par maladie.

② Il est vivement recommandé à l'adhérent de garder une photocopie de ses dossiers maladie avant leur envoi à la Compagnie pour remboursement.

③ La déclaration maladie doit être **entièrement et correctement remplie** et doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives des frais engagés :

- l'ordonnance médicale,
- les prospectus & vignettes ou PPM des médicaments,
- les ordonnances prescrivant les examens radiologiques et/ou biologiques ainsi que leurs résultats,
- en cas d'hospitalisation, la facture clinique détaillée mentionnant la nature et éventuellement la cotation des actes pratiqués accompagnée des notes d'honoraires, du détail de la pharmacie, des factures annexes ...etc.
- en cas de soins ou de prothèse dentaires, le relevé détaillé des actes pratiqués, leur coefficient ainsi que les numéros et positions des dents traitées.
- en cas de dossier de lunettes, l'ordonnance prescrivant les lunettes précisant le degré de dioptrie et la facture de l'opticien renseignée par les numéros de nomenclature des verres.

④ En cas de demande de prise en charge, faire accompagner le devis d'hospitalisation d'un pli confidentiel justifiant ladite hospitalisation et détaillant les soins et traitement envisagés ainsi que de tout examen de diagnostic.

⑤ Sont soumis à l'accord préalable de la Compagnie : la prothèse dentaire, les extractions multiples de plus de 8 dents, les soins spéciaux (laser ...etc.) et les soins en série (injections, rééducation ...etc.).

⑥ Lorsque la personne malade bénéficie d'un autre régime de prévoyance, l'assuré

devra remettre à la Compagnie l'original du décompte de remboursement délivré par l'organisme assureur de base et la photocopie du dossier.

⑦ A chaque changement de situation (mariage, divorce, veuvage, naissance), l'adhérent devra communiquer à la Compagnie le document justifiant ce changement.

⑧ Les enfants âgés de plus de 20 ans restent couverts jusqu'à l'âge de 25 ans sur présentation chaque année d'un certificat de scolarité.

⑨ Le délai de dépôt de toute demande de remboursement (déclaration maladie, complément ou acte de naissance ...etc.) est de 3 mois à compter de la date de la 1ère consultation, du règlement de l'Assureur de base ou de la date de naissance. Si les soins durent plus de trois mois, l'assuré est invité à présenter des factures partielles.

⑩ En cas de non présentation à une contre visite demandée par la Compagnie, l'assuré risque de voir tous ses dossiers bloqués jusqu'à ce qu'il apporte des explications pour cette absence.

⑪ Toute fausse déclaration (production de renseignements ou de documents intentionnellement faux, usurpation d'identité, facturation de frais non déboursés ...etc.) est passible de sanctions prévues par la loi 17-99 portant code des assurances (radiation du droit à prestations).

⑫ Toute réclamation, toute demande de complément d'information doivent être transmises à la Compagnie dans un délai de deux mois.

⑬ Les pièces justificatives des frais engagés transmis à la Compagnie sont la propriété de la Compagnie.

Conformément à la loi 09-08, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition au traitement de vos données personnelles. Ce traitement a été autorisé par la CNDP sous le n° A-A-101/2014



شركة التامين و إعادة التامين أطلانتا
Compagnie d'Assurances et de Réassurance ATLANTA

Entreprise régie par la loi 17-99 portant code des assurances

FEUILLE DE SOINS

A REMPLIR PAR LE SOUSCRIPTEUR

Cachet de la contractante

الغربي للتأمين
NAROC LEASING
7, Angle - Rue Pinel Bd. Abdelmoumen - Casablanca
Tél. : (212) 522.42.95.95(L.G) / Fax. : (212) 522.42.95.02
Fax. : (212) 520.42.95.95(L.G) / Fax. : (212) 520.42.95.02

N° de police :

N° d'adhérent :

A REMPLIR PAR L'ADHÉRENT (E)

Nom et prénom de l'adhérent (e) :

Prénom du patient (e) :

Lien de parenté du patient (e) avec l'adhérent :

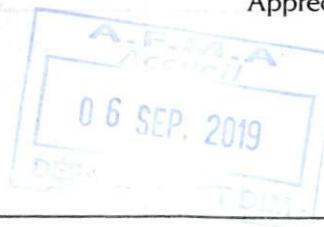
Montant des frais exposés (en DH) :

A : / / Signature de l'adhérent (e) :

CADRE RÉSERVÉ À LA COMPAGNIE

N° de sinistre

Appréciation du médecin conseil



A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom et prénom du patient (e) : BEN KONG NANG

Age du patient (e) : Date des soins :

Nature de la maladie^(*): *Q fever*

S'il s'agit d'un accident ou d'un traumatisme, causes et circonstances

(*) : Au cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, veuillez communiquer les renseignements sous pli confidentiel séparé, à l'attention du médecin conseil de la compagnie.

PRATICIEN	DATE	NATURE DES ACTES	COTATION	HONORAIRES	SIGNATURE ET CACHET DU PRATICIEN
MÉDECINS TRAITANTS	30/08/1990			Gx	Dr. MELIANA Chirurgien Uro- Clinique La Source Tel : 03 22 20 14 4
PHARMACIE					
ANALYSES / RADIOGRAPHIES	30/08/1990	B300 Pn		U12,00 21	Dr. Dr. MAROUCHE Mohamed Laboratoire d'ANALYSES 2102, rue Alouane Laabidi Tunis 2276624/276673 - Castel
AUXILIAIRES MEDICAUX					
OPTICIEN					

RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER LES REJETS

1 Il est indispensable d'établir une déclaration par personne et par maladie.

2 Il est vivement recommandé à l'adhérent de garder une photocopie de ses dossiers maladie avant leur envoi à la Compagnie pour remboursement.

3 La déclaration maladie doit être **entièrement et correctement remplie** et doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives des frais engagés :

- l'ordonnance médicale,
- les prospectus & vignettes ou PPM des médicaments,
- les ordonnances prescrivant les examens radiologiques et/ou biologiques ainsi que leurs résultats,
- en cas d'hospitalisation, la facture clinique détaillée mentionnant la nature et éventuellement la cotation des actes pratiqués accompagnée des notes d'honoraires, du détail de la pharmacie, des factures annexes ...etc.
- en cas de soins ou de prothèse dentaires, le relevé détaillé des actes pratiqués, leur coefficient ainsi que les numéros et positions des dents traitées.
- en cas de dossier de lunettes, l'ordonnance prescrivant les lunettes précisant le degré de dioptrie et la facture de l'opticien renseignée par les numéros de nomenclature des verres.

4 En cas de demande de prise en charge, faire accompagner le devis d'hospitalisation d'un pli confidentiel justifiant ladite hospitalisation et détaillant les soins et traitement envisagés ainsi que de tout examen de diagnostic.

5 Sont soumis à l'accord préalable de la Compagnie : la prothèse dentaire, les extractions multiples de plus de 8 dents, les soins spéciaux (laser ...etc.) et les soins en série (injections, rééducation ...etc.).

6 Lorsque la personne malade bénéficie d'un autre régime de prévoyance, l'assuré

devra remettre à la Compagnie l'**original** du décompte de remboursement délivré par l'organisme assureur de base et la photocopie du dossier.

7 A chaque changement de situation (mariage, divorce, veuvage, naissance), l'adhérent devra communiquer à la Compagnie le document justifiant ce changement.

8 Les enfants âgés de plus de 20 ans restent couverts jusqu'à l'âge de 25 ans sur présentation chaque année d'un certificat de scolarité.

9 Le délai de dépôt de toute demande de remboursement (déclaration maladie, complément ou acte de naissance ...etc.) est de 3 mois à compter de la date de la 1ère consultation, du règlement de l'Assureur de base ou de la date de naissance. Si les soins durent plus de trois mois, l'assuré est invité à présenter des factures partielles.

10 En cas de non présentation à une contre visite demandée par la Compagnie, l'assuré risque de voir tous ses dossiers bloqués jusqu'à ce qu'il apporte des explications pour cette absence.

11 Toute fausse déclaration (production de renseignements ou de documents intentionnellement faux, usurpation d'identité, facturation de frais non déboursés ...etc.) est passible de sanctions prévues par la loi 17-99 portant code des assurances (radiation du droit à prestations).

12 Toute réclamation, toute demande de complément d'information doivent être transmises à la Compagnie dans un délai de deux mois.

13 Les pièces justificatives des frais engagés transmis à la Compagnie sont la propriété de la Compagnie.

Conformément à la loi 09-08, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition au traitement de vos données personnelles. Ce traitement a été autorisé par la CNDP sous le n° A-A-101/2014



شركة التامين وأعادة التأمينAtlanta
Compagnie d'Assurances et de Réassurance ATLANTA

Entreprise régie par la loi 17-99 portant code des assurances

FEUILLE DE SOINS

A REMPLIR PAR LE SOUSCRIPTEUR

Cachet de la contractante

ال المغرب للتأمين
MARRAKESH ASSURANCES
Tunisie - Rue Prince Rd. Abdelloumen - Casablanca
Tel.: (212) 522.42.85.35(L.G) / Fax.: (212) 522.42.95.04
Tel.: (212) 520.42.95.05(L.G) / Fax.: (212) 520.42.95.02

N° de police :

N° d'adhérent :

A REMPLIR PAR L'ADHÉRENT (E)

Nom et prénom de l'adhérent (e) :

Prénom du patient (e) :

Lien de parenté du patient (e) avec l'adhérent :

Montant des frais exposés (en DH) :

A : le / / Signature de l'adhérent (e) :

CADRE RÉSERVÉ À LA COMPAGNIE

N° de sinistre

Appréciation du médecin conseil



A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom et prénom du patient (e) : SIEWERT Hause

Age du patient (e) : Date des soins :

Nature de la maladie^(*) : Sou/Pe - 1, M

S'il s'agit d'un accident ou d'un traumatisme, causes et circonstances^(*) :

(*): Au cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, veuillez communiquer les renseignements sous pli confidentiel séparé, à l'attention du médecin conseil de la compagnie.

PRATICIEN	DATE	NATURE DES ACTES	COTA-TION	HONORAIRES	SIGNATURE ET CACHET DU PRATICIEN
MEDECINS TRAITANTS	09/08/2019	Catho	300,00	?	Dr. EL MAHLOUF Ali Professeur Agrégé Cardiologie 5, Rue Med. Abdoun - Casa Tél: 05 22 29 81 55/59 - 05 22 47 26 30
PHARMACIE					
ANALYSES / RADIOGRAPHIES					
AUXILIAIRES MEDICAUX					
OPTICIEN					

PROFESSEUR Ali EL MAKHLOUF
Cardiologie adulte et pédiatrique
Explorations Cardio-vasculaires

5 rue Mohamed Abdou
CASABLANCA
Tél. : 0522 29 81 55 / 59 ou 0522 47 26 89
Dom : 0522 79 85 32 - Fax : 0522 22 62 97
GSM cabinet : 06 78 18 18 16

Casablanca, le 9 Aout 2019

Mr Hamid BENKIRANE

- 1 - EN CAS DE SOINS DENTAIRES PRENDRE AMOXIL 3 GRAMMES PER OS 1 heure avant les soins dentaires
- 2 - MAGNE B6 : 1 cp x3/j x 15 jours
SANS ARRET

R 3 mois

Dr. EL MAKHLOUF Ali
Professeur Agrégé Cardiologue
5, Rue Med. Abdouh - Casa
Tél: 05 22 29 81 55/59 , 05 22 47 26 89

TRAITEMENT A NE PAS ARRETER JUSQU'A LA PROCHAINE VISITE
EN CAS D'URGENCE APPELER LA CLINIQUE JERRADA OASIS AU :
05 22 23 81 81 OU 05 22 23 84 52/53/54
OU ENVOYER UN MESSAGE ECRIT AU : 06 61 13 14 83

Welch Allyn CardioPerfect

Nom: BENKIRANE HAMID
Numéro: BENKIRANE HAMID
M ou Mme: Masculin
né le:

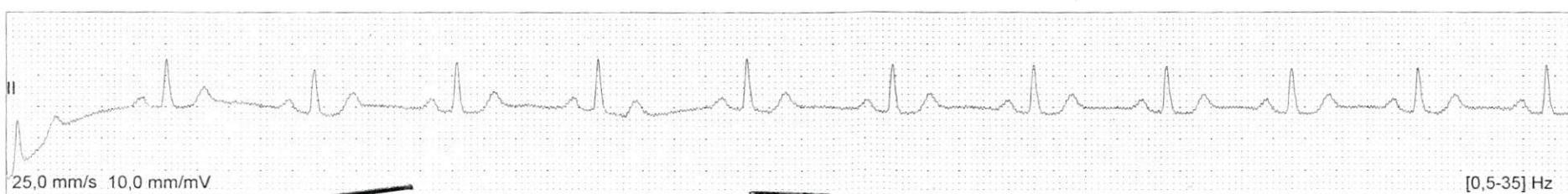
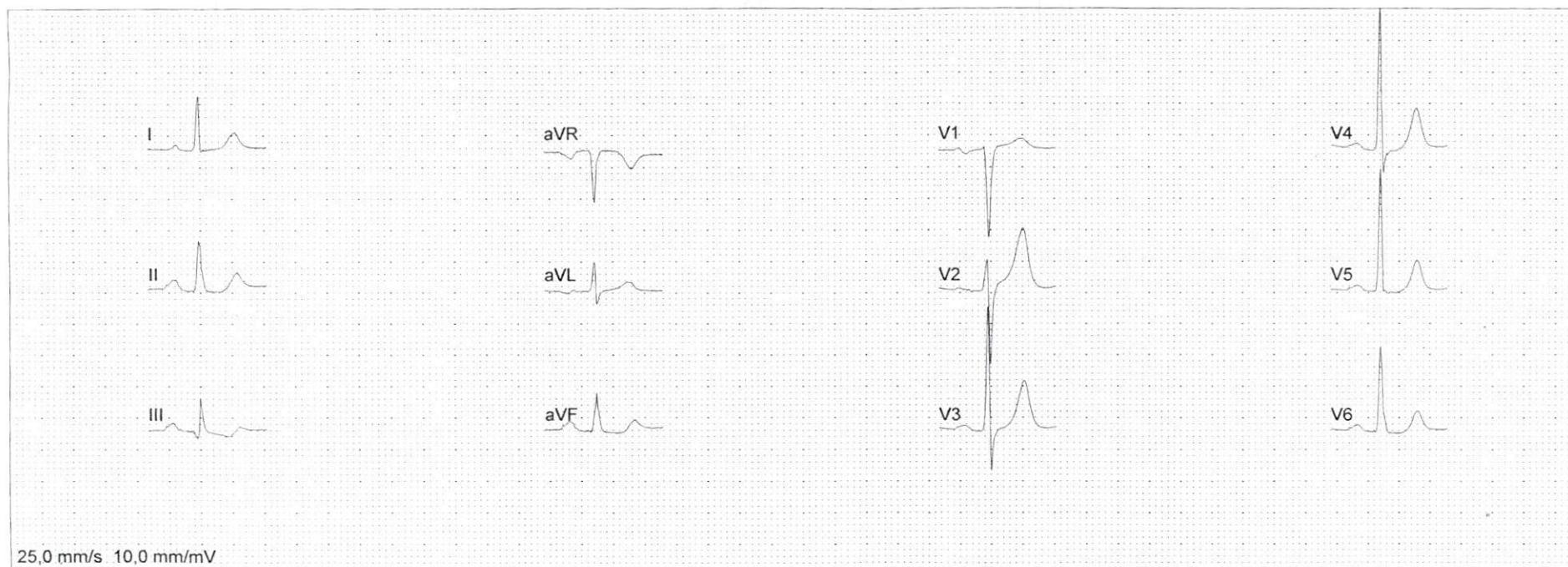
Age: (-)

Enregistré:
Enregistré par
Médecin de référence
Endroit:
Commentaire:

09/08/2019 08:07:59

P / PQ: 117 ms / 178 ms
QRS dur: 102 ms
QT / QTc / QTd: 370 m / 382 m / -
P/QRS/T axis: 68° / 45° / 23°
Rythme cardiaque: 67 bpm

PAMI
PHS



W.W

RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

- ➊ Il est indispensable d'établir une déclaration par personne et par maladie.
- ➋ Il est vivement recommandé à l'adhérent de garder une photocopie de ses dossiers maladie avant leur envoi à la Compagnie pour remboursement.
- ➌ La déclaration maladie doit être **entièrement et correctement remplie** et doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives des frais engagés :
 - l'ordonnance médicale,
 - les prospectus & vignettes ou PPM des médicaments,
 - les ordonnances prescrivant les examens radiologiques et/ou biologiques ainsi que leurs résultats,
 - en cas d'hospitalisation, la facture clinique détaillée mentionnant la nature et éventuellement la cotation des actes pratiqués accompagnée des notes d'honoraires, du détail de la pharmacie, des factures annexes ...etc.
 - en cas de soins ou de prothèse dentaires, le relevé détaillé des actes pratiqués, leur coefficient ainsi que les numéros et positions des dents traitées.
 - en cas de dossier de lunettes, l'ordonnance prescrivant les lunettes précisant le degré de dioptrie et la facture de l'opticien renseignée par les numéros de nomenclature des verres.
- ➍ En cas de demande de prise en charge, faire accompagner le devis d'hospitalisation d'un pli confidentiel justifiant ladite hospitalisation et détaillant les soins et traitement envisagés ainsi que de tout examen de diagnostic.
- ➎ Sont soumis à l'accord préalable de la Compagnie : la prothèse dentaire, les extractions multiples de plus de 8 dents, les soins spéciaux (laser ...etc.) et les soins en série (injections, rééducation ...etc.).
- ➏ Lorsque la personne malade bénéficie d'un autre régime de prévoyance, l'assuré

devra remettre à la Compagnie l'original du décompte de remboursement délivré par l'organisme assureur de base et la photocopie du dossier.

➐ A chaque changement de situation (mariage, divorce, veuvage, naissance), l'adhérent devra communiquer à la Compagnie le document justifiant ce changement.

➑ Les enfants âgés de plus de 20 ans restent couverts jusqu'à l'âge de 25 ans sur présentation chaque année d'un certificat de scolarité.

➒ Le délai de dépôt de toute demande de remboursement (déclaration maladie, complément ou acte de naissance ...etc.) est de 3 mois à compter de la date de la 1ère consultation, du règlement de l'Assureur de base ou de la date de naissance. Si les soins durent plus de trois mois, l'assuré est invité à présenter des factures partielles.

➓ En cas de non présentation à une contre visite demandée par la Compagnie, l'assuré risque de voir tous ses dossiers bloqués jusqu'à ce qu'il apporte des explications pour cette absence.

➔ Toute fausse déclaration (production de renseignements ou de documents intentionnellement faux, usurpation d'identité, facturation de frais non déboursés ...etc.) est passible de sanctions prévues par la loi 17-99 portant code des assurances (radiation du droit à prestations).

➎ Toute réclamation, toute demande de complément d'information doivent être transmises à la Compagnie dans un délai de deux mois.

➏ Les pièces justificatives des frais engagés transmis à la Compagnie sont la propriété de la Compagnie.

Conformément à la loi 09-08, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition au traitement de vos données personnelles. Ce traitement a été autorisé par la CNDP sous le n° A-A-101/2014



شركة التامين و إعادة التامين أطلانتا
Compagnie d'Assurances et de Réassurance ATLANTA

Entreprise régie par la loi 17-99 portant code des assurances

FEUILLE DE SOINS

A REMPLIR PAR LE SOUSCRIPTEUR

Cachet de la contractante

الشركة المغربية لتأمينات الحياة
A.M.C.L.E.R.S.I.N.G
Angle - Rue Pinel Bd. Abdelloumen - Casablanca
Tél.: (212) 522.42.95.95(L.G) / Fax.: (212) 522.42.95.02
Tél.: (212) 522.42.95.95(L.G) / Fax.: (212) 522.42.95.02

N° de police :

N° d'adhérent :

A REMPLIR PAR L'ADHÉRENT (E)

Nom et prénom de l'adhérent (e) :

Prénom du patient (e) :

Lien de parenté du patient (e) avec l'adhérent :

Montant des frais exposés (en DH) :

A : / / Signature de l'adhérent (e) :

CADRE RÉSERVÉ À LA COMPAGNIE

N° de sinistre

Appréciation du médecin conseil



مختبر التحاليلات الطبية لبومديك LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES LABOMEDIC

M.S. EL HAROUCHI

Pharmacien Biologiste - Ancien interne des hôpitaux de Lyon

CES : - Biochimie - Bacteriologie - Hématologie
- Virologie - Parasitologie - Immunologie

الهاروشي محمد سعيد

اختصاصي في التحاليلات الطبية

Prélèvement du : 27/08/2019 à 10:56:53

Edition du : 28/08/2019



SDK6214

Monsieur BENKIRANE HAMID

Dossier n° : KE484

Dr. MEZIANE

Page : 3 / 3

EXAMEN CYTO-BACTERIOGIQUE DES URINES

EXAMEN MACROSCOPIQUE

- Aspect.....: Clair

C H I M I E

- PH.....:
- Albumine.....: Néant
- Glucose.....: Néant
- Acétone.....:
- Sang.....:

CYTOLOGIE

- | | | |
|----------------------------|--------------|------------------------|
| - Leucocytes | < 1 x 10 p4 | VN:< 1 x 10p4 ele/ml. |
| - Hématies | <0.5 x 10 p4 | VN:<0.5 x 10p4 ele/ml. |
| - Cellules Epithéliales : | Rares | |
| - Cylindres.....: | Néant | |
| - Cristaux.....: | Néant | |
| - Trichomonas.....: | Néant | |
| - Levures.....: | Néant | |
| - Oeufs de parasites.....: | Néant | |

RECHERCHE DE BACTERIES ET LEVURES:

- Examen direct (Gram) : Négatif
- Numération de germes : Sterile
- Culture.....: Sterile

Dr. EL HAROUCHI Mohamed Saïd
Laboratoire d'Analyses Médicales LABOMEDIC
462, Rue Mustapha El Maâni
Tél: 05.22.27.66.24 / 27.66.73 - Casablanca

مختبر التحاليلات الطبية لبومديك LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES LABOMEDIC

M.S. EL HAROUCHI

Pharmacien Biologiste - Ancien interne des hôpitaux de Lyon

CES : - Biochimie - Bacteriologie - Hématologie
- Virologie - Parasitologie - Immunologie

الهاروشي محمد سعيد

اختصاصي في التحاليلات الطبية

Prélèvement du : 27/08/2019 à 10:56:53

Edition du : 28/08/2019



5DK6214

Monsieur BENKIRANE HAMID

Dossier n° : KE484

Dr. MEZIANE

Page : 2 / 3

BIOCHIMIE

Analyses	Resultats		Normes	Antécédents
Créatinine sanguine.....:	10.3	mg/L	(5 à 13)	9.8 : 27/09/2018
Protéine C réactive.....:	2	mg/l	(1 à 6)	3 : 05/12/2017

Dr. EL HAROUCHI Mohamed Saïd
Laboratoire d'Analyses
Médicales LABOMEDIC
462, Rue Mustapha El Maâni
Tél: 05 22 27 66 24 / 27 66 73 - Casablanca

مختبر التحاليل الطبية لبومديك LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES LABOMEDIC

M.S. EL HAROUCHI

Pharmacien Biologiste - Ancien interne des hôpitaux de Lyon

CES : - Biochimie - Bacteriologie - Hématologie
- Virologie - Parasitologie - Immunologie

الهاروشي محمد سعيد

إختصاصي في التحاليل الطبية

Prélèvement du : 27/08/2019 à 10:56:53

Edition du : 28/08/2019



5DK6214

Monsieur BENKIRANE HAMID

Dossier n° : KE484

Dr. MEZIANE

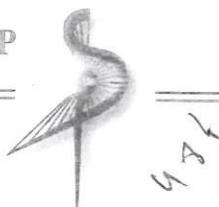
Page : 1 / 3

HEMATOLOGIE

Analyses	Resultats		Normes	Antécédents
NUMERATION GLOBULAIRE			Homme	
* Hémoglobine.....: 13.2	g/dl	(14 à 17)		13.4 : 19/07/2019
* Hématocrite.....: 38.9	%	(40 à 52)		38.7 : 19/07/2019
* Globules rouges.....: 4.14	M/mm3	(4.5 à 5.9)		4.14 : 19/07/2019
VGM.....: 94	μ 3	(80 à 95)		93 : 19/07/2019
CCMH.....: 34	pg	(28 à 35)		35 : 19/07/2019
TCMH.....: 32	%	(28 à 35)		32 : 19/07/2019
Plaquettes.....: 170000	/mm3	(150000 à 350000)		170000 : 19/07/2019
Globules blancs.....: 7250	/mm3	(4000 à 10000)		6210 : 19/07/2019
FORMULE LEUCOCYTAIRE				
Polynucléaires Neutrophiles: 56	%	(50 à 75)		60 : 19/07/2019
soit.....: 4060	/mm3	(2000 à 7500)		
Polynucléaires éosinophiles: 1	%	(1 à 3)		4 : 19/07/2019
soit.....: 72	/mm3	(< = à 400)		
Polynucléaires basophiles...: 0	%	(< = à 1)		1 : 19/07/2019
soit.....: 0	/mm3	(< = à 150)		
Lymphocytes.....: 31	%	(20 à 45)		29 : 19/07/2019
soit.....: 2248	mm3	(1500 à 4000)		
* Monocytes.....: 11	%	(2 à 8)		6 : 19/07/2019
soit.....: 798	/mm3	(200 à 800)		

Dr. EL HAROUCHI Mohamed Saïd
Laboratoire d'Analyses
Médicales LABOMEDIC
462, Rue Mustapha El Maâni
Tél : 05.22.27.66.24 / 05.22.27.66.73 - Casablanca

Professeur MEZIANE EL MEHDI
 Docteur MEZIANE MUSTAPHA
 Docteur MEZIANE ANAS
 Docteur MEZIANE AMINE



أستاذ مزيان المهدى
 دكتور مزيان مصطفى
 دكتور مزيان أناس
 دكتور مزيان أمين

Chirurgiens Urologues

جراحة المسالك البولية والتناسلية

ORDONNANCE

27/08/2019

Casablanca, le :
Mr. BENKIRANE Hamid

جراحة المسالك البولية التناسلية

UROLOGIE

endo-urologie العلاج المنظاري
 lithotritie تفتيت الحصىالجراحة العامة والمنظارية
 CHIRURGIE GENERALE
 COELIO-CHIRURGIEجراحة الأطفال
 CHIRURGIE PEDIATRIQUEجراحة النساء
 CHIRURGIE GYNECOLOGIQUEالانعاش وجميع
 الاختصاصات الطبية
 REANIMATION ET TOUTES
 SPECIALITES MEDICALESمركز تفتيت الحصى
 CENTRE DE LITHOTRIPSIE
 EXTRACORPORELLEمركز الفحص بالأشعة
 CENTRE DE RADILOGIESCANNER
 RADIOLOGIE STANDARDNFS
 CRPMaternité
 E.C.B.U.

Dr. MEZIANE Amine
 Chirurgien Urologue
 Clinique La Source - Casablanca
 Tel : 05 22 20 14 42

DR. EL HARCHI M'hamed S.
 Laboratoire d'Analyses
 Médicales LABOMEDIC
 102, 1^{me} étage, 27, rue Mustapha Taki
 Tel: 05 22 27 66 24 / 27 66 73 - Casablanca

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES LABO

M.S. EL HAROUCHI (PHARMACIEN BIOLOGISTE).

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE LYON

462, Rue Mustapha El Maani - Casablanca Tel : 022-27.66.73/24 Fax : 022-26-50-87

I.C.E : 001543075000027 - RC : 1631 - Pat : 34201990 - CNSS : 128091 - RIB : ATW00778000000018

Facture N:

19 / 9765

INPE : 093

IF : 4180

Date : 27/08/2019

Suite aux Analyses Effectuées Le 27/08/2019

Sous La Prescription Du Docteur MEZIANE

Pour BENKIRANE HAMID

Ayant La Référence : KE484

Organisme :



KE484

Bilan :

~NFS~CRP~CREA~CBU

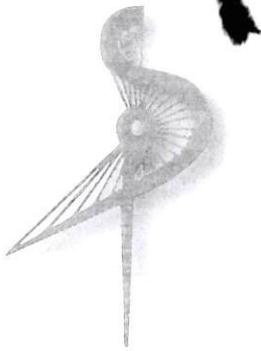
Cotation : B 310 + Prelevement (10 DH)

Montant Net : 425 Dhs

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

Quatre Cent Cinquante Dhs

Dr. EL HAROUCHI Mohamed Saïd
Laboratoire d'Analyses
Médicales LABOMEDIC
462, Rue Mustapha El Maani
tel: 05 22 27 66 24 / 27 66 73 - Casablanca



الفحص بالأشعة - مصحة الماء - RADIOLOGIE CLINIQUE LA SOURCE

- SCANNER SPIRALE 16 B : UROSCANNER, COLOSCOPIE VIRTUELLE, ABDOMINAL, PELVIEN, THORAX, CRANE, OSTEO-ARTICULAIRE, ORL.
- ECHOGRAPHIE AVEC DOPPLER COULEUR, - RADIOLOGIE CONVENTIONNELLE NUMERISEE.

Casablanca, le

29/08/2019

Nom prénom : BENKIRANE HAMID

Nature de l'examen : TDM ABDOMINALE

Examen demandé par : Dr.MEZIANE

Indication :

Douleurs inguinales droites.

Constipation chronique.

Hématurie.

Bilan.

Technique :

Acquisition volumique en mode multibarette avec une collimation millimétrique couvrant l'étage abdomino-pelvien, à blanc, au temps artériel, veineux et tardif.

Résultats :

Foie de taille normale, de contours réguliers, de densité homogène, sans lésion nodulaire ni prise de contraste anormale.

Vésicule biliaire non vu (patient cholécystectomisé).

Pas de dilatation des voies biliaires intra ou extra hépatiques.

Pancréas d'aspect morphologique normal.

Rate homogène, de taille normale.

Pas d'adénopathie de taille significative visible au niveau des différents sites ganglionnaires.

Pas de masse décelable.

Les reins sont en place, rehaussés de façon habituelle au temps artériel.

Quelques kystes corticaux rénaux visibles du côté droit, le plus volumineux mesure 27 mm de diamètre.

Présence d'une microlithiasis calicielle inférieure gauche sans retentissement.

Pas de dilatation des voies excrétrices.

Vessie de plage homogène et de paroi régulière.

Encombrement stercoral colique.

Pas d'épaississement pariétal colique.

Pas de remaniement de la graisse mésentérique.

Absence d'épanchement péritonéal.

Sur le plan osseux, on note un aspect hypodense et grillagé du soma de L4.

En conclusion :

Cholécystectomie.

Microlithiasis calicielle inférieure gauche sans retentissement.

Kystes rénaux banaux du côté droit.

Aspect d'angiome osseux du soma de L4.

Dr. SOUHAYL

Dr. Souhayl
Radiologue
Clinique La Source
Taki Eddine Qu. Des Hôpitaux
Tel: 05 22 20 14 40 / 41 - Fax : 05 22 20 13 99 - Site Web : www.cliniquelasource.ma - E-mail : contact@cliniquelasource.ma

14, Rue Taki Eddine (Ex Berne)
 Quartier des Hôpitaux - 20000 Casablanca
 Tél. : 05 22 20 14 40 /41 - Fax : 05 22 20 13 99
 RDV de Consultation d'Urologie (1ère Etage) - Tél. : 05 22 20 14 42/43
www.cliniquelasource.ma - E-mail : contact@cliniquelasource.ma



14، زنقة تكى الدين (برن سابقا)
 حي المستشفيات 20000 الدار البيضاء
 الهاتف: 05 22 20 13 99 - فاكس: 05 22 20 14 40/41
 موعد لزيارة المسالك البولية الطابق الأول - الهاتف: 05 22 20 14 42/43
 الموقع الإلكتروني: www.cliniquelasource.ma - البريد الإلكتروني: contact@cliniquelasource.ma

FACTURE

N° : 4135 / 2019 du 28/08/2019

Nom du patient	Modalité de paiement	Période hospitalisation
Mr BENKIRANE HAMID	PAYANT	28/08/19 28/08/19

Désignations des prestations	Lettres Clé	Nbre	Prix unitaire	Montant DH
SCAN ABDOMINO PELV	AV IN	1,00	2 300,00	2 300,00
Sous/Total				2 300,00
Total clinique				2 300,00

Arrêtée à la somme de :				
DEUX MILLE TROIS CENTS DIRHAMS				
Encaissé espèce:	Encaissé chèque	Total	Solde	TOTAL GENERAL 2 300,00

CLINIQUE LA SOURCE
 14, Rue TAKI EDDINE (Ex. Berne)
 Casablanca - Tél. : 05 22 20 14 40



Professeur MEZIANE EL MEHDI
Docteur MEZIANE MUSTAPHA
Docteur MEZIANE ANAS
Docteur MEZIANE AMINE

أستاذ مزيان المهدى
دكتور مزيان مصطفى
دكتور مزيان أناس
دكتور مزيان أمين

Chirurgiens Urologues

جراحة المسالك البولية والتناسلية

ORDONNANCE

27/08/2019

Casablanca, le :

Mr. BENKIRANE Hamidجراحة المسالك البولية التناسلية
UROLOGIEendo-urologie العلاج المنظاري
lithotritie تفتيت الحصىالجراحة العامة والمنظارية
CHIRURGIE GENERALE
COELIO-CHIRURGIEجراحة الأطفال
CHIRURGIE PEDIATRIQUEجراحة النساء
CHIRURGIE GYNECOLOGIQUEالانعاش وجميع
الاختصاصات الطبية
REANIMATION ET TOUTES
SPECIALITES MEDICALESمركز تفتيت الحصى
CENTRE DE LITHOTRIPSIE
EXTRACORPORELLEمركز الفحص بالأشعة
CENTRE DE RADILOGIESCANNER
RADIOLOGIE STANDARD

TDM Abdomino-pelvienne

Douleur inguinale drte tendance à irradier vers la
fosse iliaque drte , constipation chronique ++
URINE LIMPIDE : SANG+++

Dr. MEZIANE AMINE
Chirurgien Urologue
Clinique La Source Casablanca
Tél : 05 22 20 14 40 / 41

Dr. MEZIANE AMINE
Chirurgien Urologue
Clinique La Source Casablanca
Tél : 05 22 20 14 40 / 41



isseur MEZIANE EL MEHDI
ur MEZIANE MUSTAPHA
ur MEZIANE ANAS
ur MEZIANE AMINE

Chirurgiens Urologues

أستاذ مزيان المهدى
دكتور مزيان مصطفى
دكتور مزيان أناس
دكتور مزيان أمين

جراحة المسالك البولية والتغذية

ORDONNANCE

27/08/2019

Casablanca, le :

Mr. BENKIRANE Hamidجراحة المسالك البولية ||
GIEologie العلاج المنظاري
نفثت الحسىجراحة العامة والمنظار
GIE GENERALE
CHIRURGIEجراحة الأطفال
GIE PEDIATRIQUEجراحة النساء
GIE GYNECOLOGIQUEالانعاش وجميع
الاختصاصات الطبيةACTION ET TOUTES
ITES MEDICALES

مركز تفتيت الحصى

DE LITHOTRIPSIE
DROPORELLE

مركز الفحص بالأد

DE RADIOLOGIE

GIE STANDARD

10,00

Andol 500

47,80 1 cp x3 /j x 5 j

DASEN

2 cp x 3 / jour x 8 jours

57,80

Dr. MEZIANE AMINE
Chirurgien Urologue
Clinique La Source - Casablanca
Tél: 05 22 25 14 42

Tél: 05

PHARMACIE OLIVER
Narjisse BENNAF
15 Rue Othman Ben Affan Casablanca
Tél: 05 22 27 36 57 / 0522 27 36 62



Professeur MEZIANE EL MEHDI
Docteur MEZIANE MUSTAPHA
Docteur MEZIANE ANAS
Docteur MEZIANE AMINE

أستاذ مزيان المهدى
دكتور مزيان مصطفى
دكتور مزيان أناس
دكتور مزيان أمين

Chirurgiens Urologues

جراحة المسالك البولية والتناسلية

ORDONNANCE

30/08/2019

Casablanca, le :

Mr. BENKIRANE Hamid

جراحة المسالك البولية التناسلية

UROLOGIE

endo-urologie العلاج المنظاري

lithotritie تفتيت الحصى

الجراحة العامة والمطارية

CHIRURGIE GENERALE

COELIO-CHIRURGIE

PSA

جراحة الأطفال

CHIRURGIE PEDIATRIQUE

جراحة النساء

CHIRURGIE GYNECOLOGIQUE

الانعاش وجميع

الاختصاصات الطبية

**REANIMATION ET TOUTES
SPECIALITES MEDICALES**

مركز تفتيت الحصى

**CENTRE DE LITHOTRIPSIE
EXTRACORPORELLE**

مركز الفحص بالأشعة

CENTRE DE RADIOLOGIE

SCANNER

RADIOLOGIE STANDARD

Dr. MEZIANE Amine
Chirurgien Urologue
Clinique La Source - Casa
Tél : 05 22 20 14 42

Dr. EL HAROUCHI Mohamed Saïd
Laboratoire d'Analyses
Médicales LABOMEDIC
462, Rue Mustapha El Mami
Tél: 05 22 27 66 24 / 27 66 73 - Casablanca

IQUE LA SOURCE - S.C.P

ieur MEZIANE EL MEHDI
 r MEZIANE MUSTAPHA
 r MEZIANE ANAS
 r MEZIANE AMINE

Chirurgiens Urologues



مصحة الماء

أستاذ مزيان المهدى
 دكتور مزيان مصطفى
 دكتور مزيان أناس
 دكتور مزيان أمين

جراحة المسالك البولية والتتناسلية

ORDONNANCE

30/08/2019

Casablanca, le :
Mr. BENKIRANE Hamid

جراحة المسالك البولية

GIE
 urologie العلاج المنظاري
 نفبحة الحصى

الجراحة العامة والمنة

GIE GENERALE
 CHIRURGIE

جراحة الأطفال

GIE PEDIATRIQUE

جراحة النساء

GIE GYNECOLOGIQUE

الانعاش وجميع

الاختصاصات الطبية

ATION ET TOUTES
 SES MEDICALES

مركز تفتيت الحصى

DE LITHOTRIPSIE
 DRPORELLE

مركز الفحص بالأشعة

DE RADIOLOGIE

GIE STANDARD

PROFENID 50mg

1 cp x 2 / jour x 5 jours

RELAXOL

1 cp x 3 / jour x 7 jours

Dr. MEZIANE Amine
Chirurgien Urologue
 Clinique La Source - Casablanca
 Tel : 05 22 20 14 42

مختبر التحاليل الطبية لبومديك LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES LABOMEDIC

M.S. EL HAROUCHI

Pharmacien Biologiste - Ancien interne des hôpitaux de Lyon

CES : - Biochimie - Bacteriologie - Hématologie
- Virologie - Parasitologie - Immunologie

الهاروشي محمد سعيد

اختصاصي في التحاليل الطبية

Prélèvement du : 30/08/2019 à 10:07:52

Edition du : 30/08/2019



SDK6214

Monsieur BENKIRANE HAMID

Dossier n° : KE623

Dr. MEZIANE

Page : 1/1

MARQUEURS TUMORAUX

PSA total..... : 2.10 ng/ml

1.68 : 27/09/2018

Valeurs usuelles

< à 49 ans	: < 3.0
50-59 ans	: < 4.0
60-69 ans	: < 5.0
70-79 ans	: < 7

Dr. EL HAROUCHI Mohamed Saïd
Laboratoire d'Analyses
Médicales LABOMEDIC
462, Rue Mustapha El Maâni
Tél: 05.22.27.66.24 / 27.66.73 - Casablanca

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES LABOMEDIC

M.S. EI HAROUCHI (PHARMACIEN BIOLOGISTE).

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE LYON

462, Rue Mustapha El Maani - Casablanca Tel : 022-27.66.73/24 Fax : 022-26-50-87

I.C.E :001543075000027 - RC : 1631 - Pat : 34201990 -

CNSS : 128091 - RIB : ATW007780000000180200001638

Date : 02/09/2019

INPE : 093000180

Facture : 19 / 9911

IF : 41802740

Suite aux Analyses Effectuées Le 30/08/2019

Sous La Prescription Du Docteur MEZIANE

Pour BENKIRANE HAMID



Ayant La Référence KE623

Organisme :

Bilan :

PSA

Cotation : B 300 + Prelevement (10 DH)

Montant Net : 412 Dhs

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

QUATRE CENT DOUZE DHS

E.I.HAROUCHI Mohamed
Laboratoire d'Analyses
Medicales LABOMEDIC
462, Rue Mustapha El Maani - Casablanca
022-27.66.73/24 - 022-26-50-87
093000180 - 41802740
13-05-22-27-624/27-6673-Casablanca

retraite

N° règlement : 2019526779

DECOMPTE DES PRESTATIONS MALADIE

Contrat n° : 004.2006.00000109-02

Ste contractante : MAROC LEASING

Soin du : 27/08/2019

Adhésion n° : 00000188

Adhérent(e) : *BENKIRANE HAMID

Sinistre n° : 040.2019.10132751

Malade : Lui même

Déclaré le : 09/09/2019

Date décision : 12/09/2019

Numéro RIB :

Reçu le : 06/09/2019

Nature Prestation	Frais Engagés (Dhs)	Remboursement			
		Mnt.Retenu (Dhs)	Base Remb.(Dhs)	Tx(%)/Val.	Mnt.Remboursé (Dhs)
BIOLOGIE MEDICALE	425.00	0.00	425.00	85.00	361.25
SCANNER ABDOMINAL	2 300.00	0.00	2 300.00	85.00	1 955.00
Pharmacie	57.80	0.00	57.80	85.00	49.13
Totaux	2 782.80	0.00	2 782.80		2 365.38
Dossier n° :		Règlement compagnie (Dhs)			2 365.38

Observation(s) :

Signature Adhérent(e)

retraite

N° règlement : 2019526779

DECOMpte DES PRESTATIONS MALADIE

Contrat n° : 004.2006.00000109-02

Ste contractante : MAROC LEASING

Adhésion n° : 00000188

Adhérent(e) : *BENKIRANE HAMID

Malade : Lui même

Déclaré le : 09/09/2019

Numéro RIB :

Soin du : 30/08/2019

Sinistre n° : 040.2019.10132755

Date décision : 12/09/2019

Reçu le : 06/09/2019

Nature Prestation	Frais Engagés (Dhs)	Remboursement			
		Mnt.Retenu (Dhs)	Base Remb.(Dhs)	Tx(%)/Val.	Mnt.Remboursé (Dhs)
BIOLOGIE MEDICALE	412.00	0.00	412.00	85.00	350.20
Totaux	412.00	0.00	412.00		350.20

Dossier n° :

Règlement compagnie (Dhs)

Observation(s) :

Signature Adhérent(e)

N° règlement : 2019526779

retraite
DECOMpte DES PRESTATIONS MALADIE

Contrat n° : 004.2006.00000109-02

Ste contractante : MAROC LEASING

Adhésion n° : 00000188

Adhérent(e) : *BENKIRANE HAMID

Malade : Lui même

Déclaré le : 09/09/2019

Numéro RIB :

Soin du : 09/08/2019

Sinistre n° : 040.2019.10132762

Date décision : 12/09/2019

Reçu le : 06/09/2019

Nature Prestation	Frais Engagés (Dhs)	Remboursement			
		Mnt.Retenu (Dhs)	Base Remb.(Dhs)	Tx(%)/Val.	Mnt.Remboursé (Dhs)
CONSULTATION DE SPECIALISTE	300.00	0.00	300.00	85.00	255.00
Totaux	300.00	0.00	300.00		255.00

Dossier n° : Règlement compagnie (Dhs) **255.00**

Observation(s) :

Signature Adhérent(e)