

# 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.

## Educational :

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.

## Chronic :

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

Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° P19- 0043913 *complémentaire*

☐ 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 Rd Abdou Tassou

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 : REMBOURSEMENT COMPLET MAINTIENS

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) : ACCUEIL



## 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

ATLANTA  
ASSURANCES

شركة التامين وإعادة التأمين  
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

المقرية للتأمين  
MAROC LEASING  
37, Angle - Rue Pinel Bd. Abdelmoumen - Casablanca  
Tél.: (212) 522.42.95.95 (L.G.) / Fax: (212) 522.42.95.02  
Tél.: (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 : ..... le ..... / ..... / ..... Signature de l'adhérent (e) :

### CADRE RÉSERVÉ À LA COMPAGNIE

N° de sinistre

Appréciation du médecin conseil

06 SEP. 2019



# A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom et prénom du patient (e) : BENNING NADIG

Age du patient (e) : ..... Date des soins : .....

Nature de la maladie (\*) : Assésion

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
MEDECINS TRAITANTS	30/08/19c				<u>Dr. MEZIANE</u> Chirurgien Urologue Clinique La Source - Casa Tel : 05 22 20 14 42
PHARMACIE					
ANALYSES / RADIOGRAPHIES	30/08/19	B300 Pw		412,00	
AUXILIAIRES MEDICAUX					
OPTICIEN					

## FEUILLE DENTAIRE

(Précisez impérativement s'il s'agit d'un devis ou d'une facture)

☐ DEVIS

Etabli le : .....

☐ EXECUTION

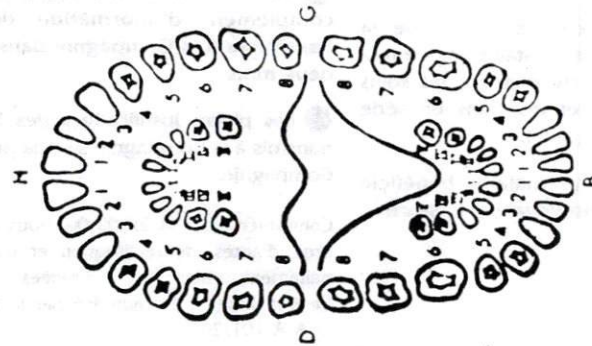
Commenté le : .....

Commencé le : .....

Terminé le : .....

SCHEMA DENTAIRE

(à remplir SVP)



SOINS

PROTHESE ET ODF

Date

Dents traitées

Nature de l'acte

Coef.

Nature de la prothèse ou semestre de l'ODF

Cotation

COUT GLOBAL DES SOINS

DH :

COUT GLOBAL DE LA PROTHESE OU DE L'ODF

DH :

Avis du médecin conseil de la Compagnie

Cachet et signature du praticien



## 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

ATLANTA  
ASSURANCES

شركة التأمين وإعادة التأمين 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

المقرية للتأمين  
ATLANTA LEASING  
Rue Pinel Rd. Abdelmoumen - Casablanca  
Tél : (212) 522.42.95 / Fax : (212) 522.42.95.02  
Tél : (212) 520.42.95 / 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) : Jerika Kshir Hama

Age du patient (e) : ..... Date des soins : .....

Nature de la maladie<sup>(\*)</sup> : Sida / P2 - 1, 4

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	C3HC16		300,00	Dr. EL MAKHLOUF Ali Professeur Agrégé Cardiologie 5, Rue Med. Abdouh - Casa Tel: 05 22 29 81 55/59 - 05 22 41 76 80
PHARMACIE					
ANALYSES / RADIOGRAPHIES					
AUXILIAIRES MEDICAUX					
OPTICIEN					

**FEUILLE DENTAIRE**

(Précisez impérativement s'il s'agit d'un devis ou d'une facture)

DEVIS

Etabli le:

## EXÉCUTION

## Traitement

Commencé le :

Terminé le :

SOINS

PROTHESE ET ODF

A detailed diagram of a cross-section of a developing embryo. The central cavity is labeled 'D'. The surrounding cells are arranged in a circular pattern, with labels 'H', 'R', 'G', and 'B' indicating different regions. The cells are numbered 1 through 12, showing their relative positions and sizes. The diagram illustrates the early stages of embryonic development, with the central cavity (D) being the blastocoel.

Date \_\_\_\_\_

Dents  
traitées

Nature

Coef

Cotation

COUT GLOBAL DES SOINS

DH :

COUT GLOBAL DE LA PROTHESE OUI DE L'ODE

DH:

Avis du médecin conseil de la Compagnie

Cachet et signature du praticien



**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 Cardiologie  
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

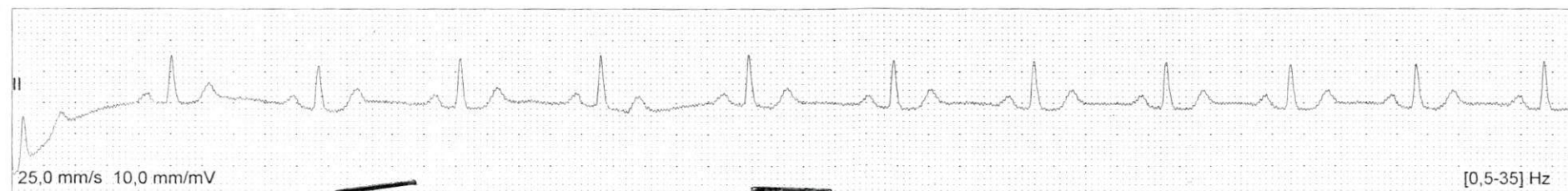
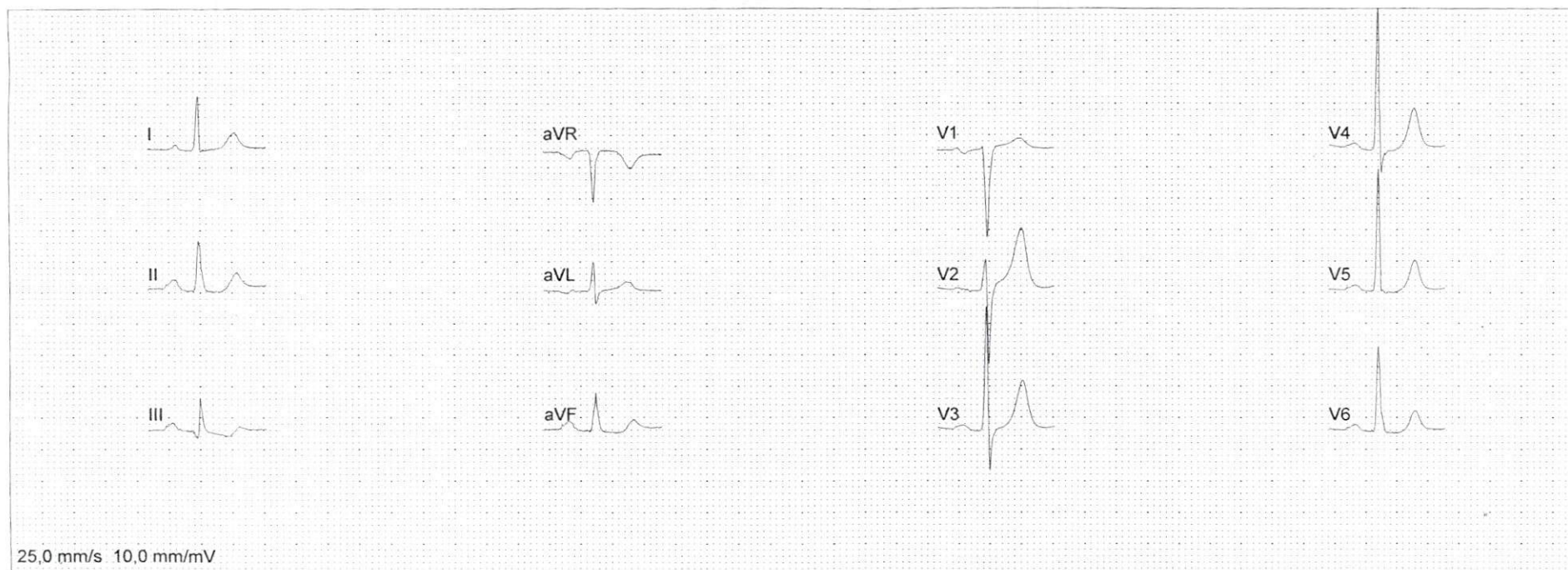
# Welch Allyn CardioPerfect

Nom: BENKIRANE HAMID  
Numéro: BENKIRANE HAMID  
M ou Mme: Masculin  
né le: Age: (-)

Enregistré: 09/08/2019 08:07:59  
Enregistré par  
Médecin de référence  
Endroit:  
Commentaire:

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

B 1317v  
P. 712





## 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 وإعادة التامين اطلانتا  
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

المقرية للرجار  
A.A.O.C. LEASING  
Angle - Rue Pinel Sd. Abdelmoumen - Casablanca  
(212) 522.42.95.00 / Fax : (212) 522.42.95.02  
(212) 522.42.95.01 / 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 : ..... 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) : **BENICHA LANEH**  
 Age du patient (e) : ..... Date des soins : .....  
 Nature de la maladie (\*) : .....  
 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	24/08/19	C		54	
PHARMACIE					
ANALYSES / RADIOGRAPHIES	27 AOÛT 2019	Scan Abdo pelv 2300 B3101 Pur		425	

**CLINIQUE LA SOURCE**  
 Dr. EL HADOUCH  
 Laboratoire Médicales  
 167, Rue Mustapha El Aouni  
 Tél: 05 22 27 66 24 / 27 66 73 - Casablanca

## FEUILLE DENTAIRE

(Précisez impérativement s'il s'agit d'un devis ou d'une facture)

☐ DEVIS

☐ EXÉCUTION

Etabli le : .....

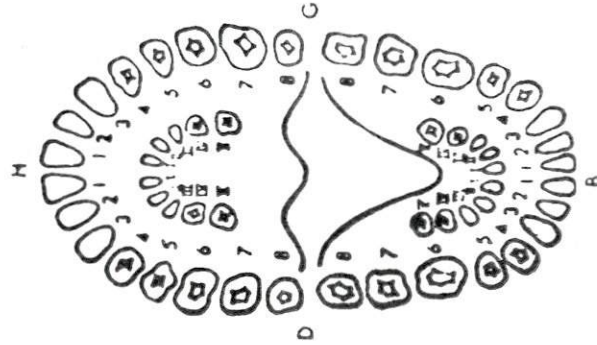
Commencé le : .....

Traitement

Terminé le : .....

SCHEMA DENTAIRE

(à remplir SVP)



SOINS

Date

Dents traitées

Nature de l'acte

Coef.

PROTHESE ET ODF

Nature de la prothèse ou semestre de l'ODF

Cotation

COUT GLOBAL DES SOINS

DH :

COUT GLOBAL DE LA PROTHESE OU DE L'ODF

DH :

Avis du médecin conseil de la Compagnie

Cachet et signature du praticien



# مختبر التحليلات الطبية لبومديك LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES LABOMEDIC

M.S. EL HAROUCHE

Pharmacien Biologiste - Ancien interne des hôpitaux de Lyon

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

الهاروشي محمد سعيد

إختصاصي في التحليلات 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 : 3/3

## EXAMEN CYTO-BACTERIOLOGIQUE 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 HAROUCHE Mohamed Saïd  
Laboratoire d'Analyses  
Médicales LABOMEDIC  
462, Rue Mustapha El Maâni  
Tél : 05.22.27.66.73 / 27 66 73 - Casablanca



# مختبر التحليلات الطبية لبومديك LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES LABOMEDIC

M.S. EL HAROUCHE

Pharmacien Biologiste - Ancien interne des hôpitaux de Lyon

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

الهاروشي محمد سعيد

إختصاصي في التحليلات 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 HAROUCHE Mohamed Saïd  
Laboratoire d'Analyses  
Médicales LABOMEDIC  
462, Rue Mustapha El Maâni  
Tél : 05 22 27 66 24 / 27 66 73 - Casablanca



# مختبر التحليلات الطبية لبومديك

## LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES LABOMEDIC

M.S. EL HAROUCHE

Pharmacien Biologiste - Ancien interne des hôpitaux de Lyon

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

الهاروشي محمد سعيد  
إختصاصي في التحليلات 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	μ3	(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 HAROUCHE Mohamed Saïd  
Laboratoire d'Analyses  
Médicales LABOMEDIC  
462, Rue Mustapha El Maâni  
Tél: 05 22 27 66 24 / 27 66 73 - Casablanca

Professeur MEZIANE EL MEHDI

Docteur MEZIANE MUSTAPHA

Docteur MEZIANE ANAS

Docteur MEZIANE AMINE

أستاذ مزيان المهدي  
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 والتناسلية

UROLOGIE

endo-urologie العلاج المنطاري

lithotritie تفيت الحصى

الجراحة العامة والمنظارية

CHIRURGIE GENERALE

COELO-CHIRURGIE

جراحة الأطفال

CHIRURGIE PEDIATRIQUE

جراحة النساء

CHIRURGIE GYNECOLOGIQUE

الانعاش وجميع

الاختصاصات الطبية

REANIMATION ET TOUTES  
SPECIALITES MEDICALES

مركز تفيت الحصى

CENTRE DE LITHOTRIPSIE  
EXTRACORPORELLE

مركز الفحص بالأشعة

CENTRE DE RADIOLOGIE

SCANNER

RADIOLOGIE STANDARD

NFS

CRP

Créatinémie  
ECBU

**Dr. MEZIANE AMINE**

Chirurgien Urologue

Clinique La Source - Casa

Tél : 05 22 20 14 42

Dr. EL HAROUCHI Mohamed Sami  
Laboratoire d'Analyses  
Médicales LABOMEDIC  
102 Rue Mustapha El Azzou  
Tél: 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 : ATW0077800000001E

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 :

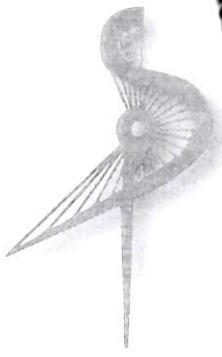
~NFS~CRP~CREA~CBU

Cotation : B 310 + Prelevement (10 DH)

Montant Net : 425 Dhs

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

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



# الفحص بالأشعة - مصحة المنيع

## 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, a 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 microlithiase calicelle 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.

Microlithiase calicelle 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  
Casablanca - Tel.: 05 22 20 14



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. زنفة تقي الدين (برن سابقا)

حي المستشفيات 20000 الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 20 14 40/41 - فاكس : 05 22 20 13 99

موعد لزيارة المسالك البولية الطابق الأول - الهاتف : 05 22 20 14 42/43

الموقع الإلكتروني : www.cliniquelasource.ma - البريد الإلكتروني : contact@cliniquelasource.ma

## F A C T U R E

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 :				TOTAL GENERAL	2 300,00
DEUX MILLE TROIS CENTS DIRHAMS					
Encaissé espèce	Encaissé chèque	Total	Solde		

CLINIQUE LA SOURCE  
14, Rue TAKI-EDDINE (Ex. Berne)  
Casablanca - 20000  
Tél. : 05 22 20 14 40



Professeur MEZIANE EL MEHDI

Docteur MEZIANE MUSTAPHA

Docteur MEZIANE ANAS

Docteur MEZIANE AMINE

أستاذ مزيان المهدي  
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 الحصى

TDM Abdomino-pelvienne

الجراحة العامة والمنظارية

CHIRURGIE GENERALE

COELIO-CHIRURGIE

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

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  
Tél : 05 22 20 14 42 / 43



MESEUR MEZIANE EL MEHDI  
MEUR MEZIANE MUSTAPHA  
MEUR MEZIANE ANAS  
MEUR MEZIANE AMINE



أستاذ مزيان المهدي  
دكتور مزيان مصطفى  
دكتور مزيان أناس  
دكتور مزيان أمين

Chirurgiens Urologues

جراحة المسالك البولية والتناسلية

ORDONNANCE

27/08/2019

Mr. BENKIRANE Hamid

Casablanca, le : .....

جراحة المسالك البولية  
GIE

العلاج المنطاري  
تفتيت الحصى

10.00

Andol 500

الجراحة العامة والمنظ  
GIE GENERALE  
CHIRURGIE

47.80

1 cp x3 /j x 5 j

DASEN

جراحة الأطفال  
GIE PEDIATRIQUE

2 cp x 3 / jour

x 8 jours

جراحة النساء  
GIE GYNECOLOGIQUE

الانعاش وجميع  
الاختصاصات الطبية  
ATION ET TOUTES  
ITES MEDICALES

57.80

مركز تفتيت الحصى

DE LITHOTRIPSIE  
ORPORELLE

مركز الفحص بالأد  
DE RADIOLOGIE

GIE STANDARD

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

PHARMACIE OLIVER  
Narjisse BENNANI  
55 Rue Othman Bou Affan Casablanca  
Tél: 522 27 36 57 / 0522 27 36 62



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

أستاذ مزيان المهدي  
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 تفيت الحصى

PSA

الجراحة العامة والمنظارية

CHIRURGIE GENERALE

COELIO-CHIRURGIE

جراحة الأطفال

CHIRURGIE PEDIATRIQUE

جراحة النساء

CHIRURGIE GYNECOLOGIQUE

الانعاش وجميع

الاختصاصات الطبية

REANIMATION ET TOUTES  
SPECIALITES MEDICALES

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

Dr. EL HAROUCHI Mohamed Samir  
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

مصحة المنبع



eur MEZIANE EL MEHDI  
r MEZIANE MUSTAPHA  
r MEZIANE ANAS  
r MEZIANE AMINE

أستاذ مزيان المهدي  
دكتور مزيان مصطفى  
دكتور مزيان أناس  
دكتور مزيان أمين

Chirurgiens Urologues

جراحة المسالك البولية والتناسلية

ORDONNANCE

30/08/2019

Mr. BENKIRANE Hamid

Casablanca, le : .....

جراحة المسالك البولية  
SIE

logie العلاج النظاري  
تفتيت الحصى

الجراحة العامة والمنة

SIE GENERALE  
CHIRURGIE

PROFENID 50mg

1 cp x 2 / jour x 5 jours

جراحة الأطفال

SIE PEDIATRIQUE

RELAXOL

1 cp x 3 / jour x 7 jours

جراحة النساء

SIE GYNECOLOGIQUE

الانعاش وجميع

الاختصاصات الطبية

ATION ET TOUTES  
TES MEDICALES

مركز تفتيت الحصى

DE LITHOTRIPSIE  
DRPORELLE

مركز الفحص بالأشعة

DE RADIOLOGIE

GIE STANDARD

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

14، زنقة تقي الدين حي المستشفيات 20 000 الدار البيضاء - Casablanca - Quartier des Hôpitaux - Rue Taki Eddine  
40 / 41 - Fax : 05 22 20 13 99 - www.cliniquelasource.ma - E-mail (Administration) : contact@cliniquelasource.ma - E-mail (Medical) : info@cliniquelasource.ma

RDV de Consultation d'Urologie (1er Etage) - Tél. : 05 22 20 14 42 / 43

S.C.P. - I.F. : 14415714 - C.N.S.S. : 9428120 - T. P. : 36335867

# مختبر التحليلات 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 التحليلات 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 HAROUCI ( 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

Facture : 19 / 9911

INPE : 093000180

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

M.S. EI HAROUCHI Mohamed Sami  
Laboratoire d'Analyses  
Medicales LABOMEDIC  
462, Rue Mustapha El Maani  
Tel: 05 22 27 66 24 / 27 66 73 - Casablanca

*retraité*

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)



retraité

N° règlement : 2019526779

**DECOMPTE DES PRESTATIONS MALADIE**

Contrat n° : 004.2006.00000109-02

Ste contractante : MAROC LEASING

Soin du : 30/08/2019

Adhésion n° : 00000188

Adhérent(e) : \*BENKIRANE HAMID

Sinistre n° : 040.2019.10132755

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	412.00	0.00	412.00	85.00	350.20
Totaux	412.00	0.00	412.00		350.20
Dossier n° : Règlement compagnie (Dhs)					350.20

Observation(s) :

Signature Adhérent(e)

retraité



N° règlement : 2019526779

### DECOMPTE DES PRESTATIONS MALADIE

Contrat n° : 004.2006.00000109-02

Ste contractante : MAROC LEASING

Soin du : 09/08/2019

Adhésion n° : 00000188

Adhérent(e) : \*BENKIRANE HAMID

Sinistre n° : 040.2019.10132762

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)
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)