

# 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.

## Diagnostique et Biologie :

La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.  
Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

## Optique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## Rééducation :

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

## Dentaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.

La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

## Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

## Adresses Mails utiles

Réclamation : contact@mupras.com  
Prise en charge : pec@mupras.com  
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° P19- 046869

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 237 Société : RAM  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : retraite  
Nom & Prénom : Ezdoudi Mohamed  
Date de naissance : 1978  
Adresse : 37, Rue n°6, Bd Abou Bakrah, Oujda, Maroc  
Tél. : 0606412422 Total des frais engagés : 778,82 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Dr. ALAMI M  
Professeur en Cardiologie  
264, Bd. Ghandi - Casablanca  
Tél. 05 22 39 01 12/06 01 10 78 06  
Date de consultation : 17 AVR 2020  
Nom et prénom du malade : ARKIOU FATIMA Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Fiebre de l'adrenaline  
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :  
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : 03/06/2020  
Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-046869

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 237  
Nom de l'adhérent(e) : Ezdoudi Mohamed  
Total des frais engagés : 778,82 DH  
Date de dépôt : 03/06/2020



[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du fournisseur	Date	Montant de la facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire de Radiologie	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	21/10/20	B: 400	450.00 DH

[illegible]

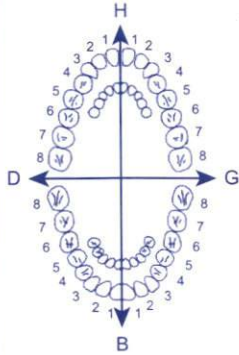
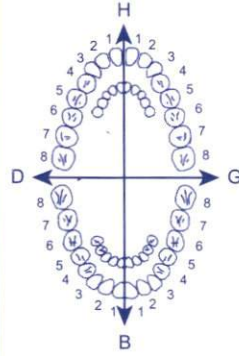
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient									
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>								
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>								
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>								
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>								
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE											
	<div style="text-align: center;"> <b>H</b>  <table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px;">25533412</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">35533411</td> <td style="padding: 2px;">11433553</td> </tr> </table> <b>B</b> </div>			25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>								
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>								
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

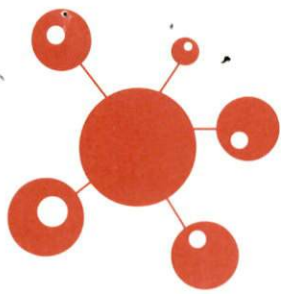
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUT







# مختبر التحاليل الطبية

## LABORATOIRE DE BIOLOGIE MÉDICALE

### ORBIO

Dr.Said EL HAFIANE : Pharmacien Biologiste, Ancien interne des hôpitaux de Nancy ( France )

**FACTURE N : 200400141**

CASABLANCA le 21-04-2020

**Mme Fatima AKKIOUI**

Demande N° 2004212001

Date de l'examen : 21-04-2020

Analyses :

#### Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
PS	Prélèvement sang adulte	E10	E
	Créatinine	B30	B
	Transaminase GOT (ASAT)	B50	B
	Transaminase GPT (ALAT)	B50	B
	Urée	B30	B
	Vitesse de sédimentation	B30	B
	Glycémie à jeun	B30	B
0216	Numération formule	B80	B
0370	CRP	B100	B

Total des B : 400

TOTAL DOSSIER : 450.00DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : quatre cent cinquante dirhams

**LABORATOIRE ORBIO**  
Analyses Médicales  
Dr. Said EL HAFIANE  
Bd Oum Rabii - Casablanca  
Tél : 05 22 90 90 44  
N° I.C.E. : 001698908000008

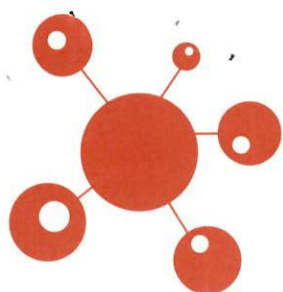
RIB BMCI : 013 78 001091 000 38 30013 648

**Recto - Verso**

**www.orbio.ma - HORAIRES D'OUVERTURE**  
**du Lundi au Vendredi de 7h30 à 18h30 / le Samedi 8h00 à 13h00**

199 , Boulevard Oum Rabii , EL OULFA Casablanca Tél.: +212 (0)5 22 90 90 44 / Fax : +212 (0)5 22 90 90 42 / Email : contact@orbio.ma

**T.P : 36046873 - I.F : 15240654 - CNSS : 9115842 - I.C.E : 001698908000008**



# مختبر التحليلات الطبية

## LABORATOIRE DE BIOLOGIE MÉDICALE

### ORBIO

Dr.Said EL HAFIANE : Pharmacien Biologiste, Ancien interne des hôpitaux de Nancy ( France )

A Casablanca, le Mardi 21 Avril 2020

Dossier N° : 2004212001

Mme Fatima AKKIOUI

Né(e) le : 01-01-1960

Date de l'examen : 21-04-2020

Prélevé le : au labo 21-04-2020 09:12

Prescription : Pr. Mohamed ALAMI

Mme Fatima AKKIOUI  
CASABLANCA



### HEMATOLOGIE

### HEMOGRAMME

#### Hématies :

(Sang total, cytométrie en flux, Sysmex XT 1800i)

Hémoglobine :

Hématocrite :

VGM :

TCMH :

CCMH :

RDW :

5.160	T/l	(4.100-5.400)
5 160 000	/mm <sup>3</sup>	(4 100 000-5 400 000)
14.8	g/100 ml	(12.7-15.9)
43.8	%	(37.0-47.0)
84.9	μ3	(81.0-99.0)
28.7	pg	(>27.0)
33.8	g/100 ml	(31.0-36.5)
13.2	%	(0.0-18.5)

03-05-2019

4.870

#### Leucocytes :

Poly. Neutrophiles :

Soit:

Poly. Eosinophiles :

Soit:

Poly. Basophiles :

Soit:

Lymphocytes :

Soit:

Monocytes :

Soit:

#### Plaquettes

(Sang total, cytométrie en flux, Sysmex XT 1800i)

6 800.0	/mm <sup>3</sup>	(4 000.0-10 500.0)	5 760.0
66.0	%		57.1
4 488	/mm <sup>3</sup>	(1 800-7 300)	3 289
1.8	%		3.6
122	/mm <sup>3</sup>	(30-580)	207
0.1	%		0.2
7	/mm <sup>3</sup>	(0-230)	12
24.7	%		31.6
1 680	/mm <sup>3</sup>	(1 100-3 340)	1 820
7.4	%		7.5
503	/mm <sup>3</sup>	(300-1 010)	432
243 000	/mm <sup>3</sup>	(150 000-400 000)	238 000

LABORATOIRE ORBIO  
Analyses Médicales  
Dr. Said EL HAFIANE  
199 Bd Oum Rabi - Casablanca  
Tél : 05 22 90 90 44  
N° ICE : 001698908000008

Page 1 sur 3

Recto - Verso

www.orbio.ma - HORAIRES D'OUVERTURE  
du Lundi au Vendredi de 7h30 à 18h30 / le Samedi 8h00 à 13h00

199, Boulevard Oum Rabi, EL OULFA Casablanca Tél.: +212 (0)5 22 90 90 44 / Fax : +212 (0)5 22 90 90 42 / Email : contact@orbio.ma

T P : 36046873 - I E : 15240654 - CNSS : 9115842 - ICE : 001698908000008

**VITESSE DE SEDIMENTATION**

VS 1ère heure

20 mm (&lt;20)

06-12-2017

41

VS 2ème heure

60 mm

73

(Sang total, Automate VT25)

**BIOCHIMIE SANGUINE**

Sang tube sec, gel, héparine

**Glycémie à jeun**

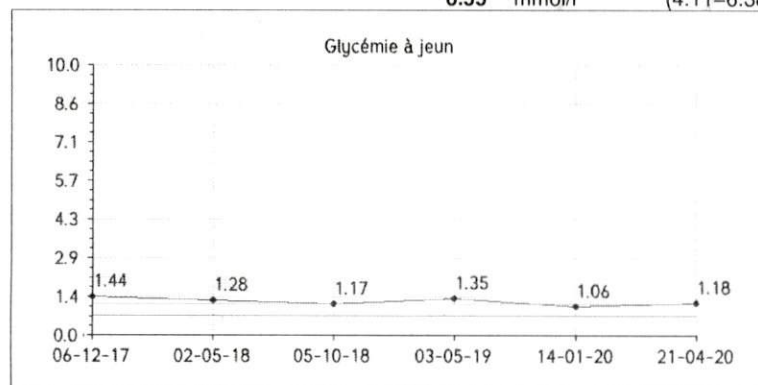
1.18 g/l (0.74–1.15)

14-01-2020

1.06

(Héxokinase)

6.55 mmol/l (4.11–6.38)

**Créatinine**

9.6 mg/l (5.1–13.0)

03-05-2019

8.1

(Cinétique)

85.0  $\mu$ mol/l (45.1–115.0)**Clairance – MDRD**

63 ml/mn

03-05-2019

77

(Clairance créatinine estimée : patient type Caucasiens)

MDRD estimée pour un patient de type NON caucasien:

76 ml/mn

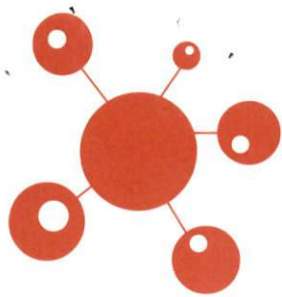
93

Intervalles de références

- 60 < DFG < 80 ml/mn : F.R à évaluer en fonction de l'âge du patient.
- 30 < DFG < 60 ml/mn : I.R modérée
- 10 < DFG < 30 ml/mn : IR sévère
- DFG < 10 ml/mn : IR terminale

**LABORATOIRE OREIO**  
**Analyses Médicales**  
 Dr. Saïd El HAFIANE  
 199 Bd Oum Rabii - Casablanca  
 Tél : 05 22 90 90 44  
 N° ICE : 00169890800003





# مختبر التحليلات الطبية

## LABORATOIRE DE BIOLOGIE MÉDICALE

### ORBIO

Dr.Said EL HAFIANE : Pharmacien Biologiste, Ancien interne des hôpitaux de Nancy ( France )  
2004212001 – Mme Fatima AKKIOUI

#### Urée

(Uréase GLDH)

0.20 g/l (0.13–0.45)  
3.33 mmol/l (2.16–7.49)

03-05-2019  
0.18

#### Transaminases GOT (ASAT)

(IFCC sans PP 37°)

25 U/l (8–45)

05-10-2018  
13

#### Transaminases GPT (ALAT)

(IFCC sans PP 37°)

10 U/l (5–55)

05-10-2018  
7

#### CRP

(Immunoturbidimétrie)

<5.0 mg/l (<5.0)

Validé biologiquement par le Dr EL HAFIANE Said

**LABORATOIRE OREIO**  
**Analyses Médicales**  
Dr. Said EL HAFIANE  
199 Bd Oum Rabii - Casablanca  
Tél : 05 22 90 90 44  
N° ICE : 001698908000008

Page 3 sur 3

Recto - Verso

www.orbio.ma - HORAIRES D'OUVERTURE  
du Lundi au Vendredi de 7h30 à 18h30 / le Samedi 8h00 à 13h00

199 , Boulevard Oum Rabii , EL OULFA Casablanca Tél.: +212 (0)5 22 90 90 44 / Fax : +212 (0)5 22 90 90 42 / Email : contact@orbio.ma

15240454 - CNSS : 9115842 - ICE : 001698908000008

Dr Alami Mohamed  
Professeur en Cardiologie  
264 Bd Ghandi.  
Residence Jawhara  
Casablanca 20200

## Demande d'examen biologique

AKKIOUI FATIMA

17/04/2020

Uree, Creatinine, Glycemie a jeun

NFS+ VS , CRP

GOT, GPT

Mme AKKIOUI Fatima  
01-01-1960 F



2004212001

A coller sur l'ordonnance

ORDO

**LABORATOIRE OREIO**  
Analyses Médicales  
Dr. Saïd El HAFIANE  
199 Bd Oum Rabii - Casablanca  
Tél : 05.22.90.90.44  
N° ICE : 001698908000003

**Dr. ALAMI M**  
Professeur en Cardiologie  
264 Bd Ghandi - Casablanca  
Tél. 05.22.38.01.15 / 05.22.38.06