

# 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.

## 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

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- 050893

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3 100 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 45595  
Nom & Prénom :  
Date de naissance :  
Adresse :  
Tél. : 06 27 25 23 14 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /  
Nom et prénom du malade : Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie :  
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) :



### RELEVÉ 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date       | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------------|------------------------------|------------------------|
| 1500DH<br>80PH                                      | 24/10/2020 | DDT<br>Thom...               |                        |
|   |            |                              |                        |
|   |            |                              |                        |
|   |            |                              |                        |
|   |            |                              |                        |
|   |            |                              |                        |
|   |            |                              |                        |

### AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |     |     | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|---------------------------------|
|                                  |                | A M    | P C | I M |                                 |
|                                  |                |        |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |                                 |

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

**Important :**

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

| SOINS DENTAIRES           | Dents Traitées   | Nature des Soins | Coefficient |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |   |
|---------------------------|--|------------------|-------------|---|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|---|---|
|                           |  |                  |             | CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/><br><br>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/><br><br>DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/><br><br>FIN D'EXECUTION <input type="text"/> |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |   |
|                           |  |                  |             |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |   |
|                           |  |                  |             |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |   |
|                           |  |                  |             |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |   |
|                           |  |                  |             |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |   |
|                           |  |                  |             |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |   |
|                           |  |                  |             |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |   |
|                           |  |                  |             |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |   |
|                           |  |                  |             |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |   |
|                           |  |                  |             |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |   |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE  |                  |             |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |   |
|                           | <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>B</td> </tr> </table> |                  | H           | H   | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | B | CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/><br><br>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/><br><br>DATE DU DEVIS <input type="text"/><br><br>DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |
|                           | H  | H                |             |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |   |
|                           | 25533412   | 21433552         |             |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |   |
|                           | 00000000   | 00000000         |             |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |   |
|                           | D  | G                |             |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |   |
|                           | 00000000   | 00000000         |             |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |   |
|                           | 35533411   | 11433553         |             |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |   |
|                           | B  | B                |             |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |   |
|                           | <b>(Création, remont, adjonction)</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession  |                  |             |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |   |
|                           |  |                  |             |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |   |
|                           |  |                  |             |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |   |
|                           |  |                  |             |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |   |
|                           |  |                  |             |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |   |
|                           |  |                  |             |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |   |
|                           |  |                  |             |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |   |
|                           |  |                  |             |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |   |
|                           |  |                  |             |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |   |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# RSO

# مركز الفحص بالأشعة سيدي عثمان RADIOLOGIE SIDI OTHMANE



**Dr. Jamal HAROUCH**

Diplômé de la Faculté de Médecine de Montpellier  
Ancien Praticien Hospitalier au C.H.U. de Fort de France

**Dr. M. Jalil KOUHEN**

Spécialiste en Radiologie et Imagerie Médicale

الدكتور جمال الهاروش

خريج كلية الطب بمونبيلييه  
طبيب سابق بالمستشفى الجامعي فوردو فرانس

الدكتور محمد جليل كوهن

إختصاصي في الفحص بالأشعة

Casablanca, le 24/10/2020

## FACTURE

Facture N°5638/2020

Nom et Prénom : LAGNIOUI DAOUIA

|                           |                |
|---------------------------|----------------|
| Examen(s) réalisé(s) :    |                |
| <b>SCANNER THORACIQUE</b> |                |
| <b>1500 DH</b>            |                |
| -----                     |                |
| <b>1500 DH</b>            |                |
| <b>TOTAL :</b>            | <b>1500 DH</b> |

Soit un montant total T.T.C de :1500 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

MILLE CINQ CENTS DH

RADIOLOGIE SIDI OTHMANE  
Av. 10 Mars (Place de la Préfecture)  
Sidi Othmane - Casablanca  
Tél.: 0522 59 48 48 - Fax: 05 22 59 48 48

05.22.59.48.48 : الفاكس - 05.22.59.48.48 / 05.22.59.49.49 : الهاتف - الدار البيضاء - عثمان - ساحة عمالة سيدي عثمان - Av. 10 mars, place de la préfecture - Sidi Othmane - Casablanca - Tél. : 05.22.59.48.48 / 05.22.59.49.49 - Fax : 05.22.59.48.48

IF : 2821070 - Patente : 32723872 - CNSS : 6350376 - ICE : 001754813000087





**Dr. Jamal HAROUCH**

Diplômé de la faculté de médecine de Montpellier  
Ancien. Particien Hospitalier au C.H.U. de Fort de France

**Dr. M. Jalil KOUHEN**

Spécialiste en Radiologie et Imagerie Médicale

**الدكتور جمال الهاروش**

خريج كلية الطب بمونبولييه. فرنسا  
طبيب سابق بالمستشفى الجامعي فوردو فرانس

**الدكتور محمد جليل كوهن**

إختصاصي في الفحص بالأشعة

Casablanca le: 24/10/2020

Patient : **LAGNIOUI DAOUIA**  
Prescripteur : **DR REZKI ABDELGHANI**

## SCANNER THORACIQUE

### CONTEXTE :

Toux. PCR négative. COVID ?

### TECHNIQUE :

Acquisition volumique millimétrique multibarette sans injection. Reconstructions multiplanaires et 3D.

### RESULTAT :

Multiples plages en verre dépoli bilatérales prédominant en sous-pleurales au niveau des bases avec des réticulations et un aspect de crazy paving notamment au niveau de la base droite.

Il s'y associe une désorganisation architecturale notamment au niveau de la base gauche.

Fibrose apicale d'allure séquellaire droite avec de multiples DDB.

L'atteinte parenchymateuse est estimée à près de 25%.

Absence d'épanchement pleural.

Absence d'adénopathie.

### CONCLUSION:

Aspect compatible avec un COVID sur un poumon remanié avec fibrose avec une atteinte modérée (25%)

CO-RADS 4

**Dr KOUHEN MED JALIL**

RADIOLOGIE SIDI OTHMANE  
Av. 10 Mars (Place de la Préfecture)  
Sidi Othmane - Casablanca  
Tél.: 0522.59.49.46 Fax: 05.22.59.48.48



# مختبر التحليلات الطبية الحارثي

## LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES LHARTI

الدكتورة بولهريس منية

Docteur BOULAHRISS MOUNIA

MEDECIN BIOLOGISTE LAUREATE DE LA FACULTE  
DE MEDECINE ET DE PHARMACIE HASSAN II - CASABLANCA

**FACTURE N° : 201000551**

Casablanca le 19-10-2020

**Mme Daouia BATASSA**

Demande N° 2010190127

Date de l'examen : 19-10-2020

Analyses :

| Récapitulatif des analyses |                                   |      |     |            |
|----------------------------|-----------------------------------|------|-----|------------|
| CN                         | Analyse                           | Clé  | Clé | Total      |
| 9105                       | Prélèvement sanguin               | E10  | E   | 10.00 MAD  |
| 0100                       | Acide urique                      | B30  | B   | 40.20 MAD  |
| 0111                       | Créatinine                        | B30  | B   | 40.20 MAD  |
| 0106                       | Cholestérol total                 | B30  | B   | 40.20 MAD  |
| 0141                       | Gamma glutamyl transférase ( GGT) | B50  | B   | 67.00 MAD  |
| 0146                       | Transaminases O (TGO)             | B50  | B   | 67.00 MAD  |
| 0147                       | Transaminases P (TGP)             | B50  | B   | 67.00 MAD  |
| 0119                       | Hémoglobine glycosylée            | B100 | B   | 134.00 MAD |
| 0216                       | Numération formule                | B80  | B   | 107.20 MAD |
| 0134                       | Triglycérides                     | B60  | B   | 80.40 MAD  |
| 0223                       | VS                                | B30  | B   | 40.20 MAD  |
| Total                      |                                   |      |     | 693.40 MAD |

Total des B : 510

TOTAL DOSSIER : 490DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : quatre cent quatre-vingt-dix dirham s

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES LHARTI  
Dr. Driss EL HARTI - Residence SARA 7  
Gr 1 Mly Rachid - Casablanca 2097  
Tél: 0522 71 05 50 / Fax: 0522 71 29 45

إقامة سارة 7، الطابق السفلي، مجموعة 1، حي مولاي رشيد، شارع إدريس الحارثي (قرب مركز الفحص التقني للسيارات أمام قيسارية الحياني) - الدار البيضاء

Residence SARA 7, Etg Magasin, Gr 1, Hay Moulay Rachid, Bd. Driss Lharti - Casablanca - E-mail : labolharti@menara.ma

Tél: 05 22 71 05 56 / Fax: 05 22 71 29 45 - Patente : 32766278 - I.F : 69135160 - ICE : 001646684000064





# مختبر التحليلات الطبية الحارثي

## LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES LHARTI

الدكتورة بولهريس منية

Docteur BOULAHRISS MOUNIA

MEDECIN BIOLOGISTE LAUREATE DE LA FACULTÉ  
DE MEDECINE ET DE PHARMACIE HASSAN II - CASABLANCA

2010190127 - Mme BATASSA Daouia

### ALAT (GPT)

(Méthode Enzymatique - Cinétique)

62 UI/l

(<35)

### GAMMA - G.T. (G.G.T)

(Méthode Enzymatique - Colorimétrique)

341 UI/L

#### Valeurs usuelles

|            |            |      |
|------------|------------|------|
| 0 à 1 mois | : 10 - 270 | UI/l |
| 1 à 2 mois | : 10 - 160 | UI/l |
| 2 à 4 mois | : 7 - 100  | UI/l |
| 4 à 8 mois | : 7 - 45   | UI/l |
| Enfant     | : 7 - 27   | UI/l |
| Femme      | : 7 - 35   | UI/l |
| Homme      | : 10 - 45  | UI/l |

Validé par : Dr. BOULAHRISS MOUNIA

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES LHARTI  
Dr. BOULAHRISS MOUNIA  
Bd. Driss El Harti Résidence SARA 7  
Gr 1 Mily Rachid Casablanca  
Tél: 0522 71 05 56 / Fax: 0522 71 29 45



# مختبر التحليلات الطبية الحارثي

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES LHARTI

الدكتورة بولاهريس منية

Docteur BOULAHRISS MOUNIA

MEDECIN BIOLOGISTE LAUREATE DE LA FACULTE  
DE MEDECINE ET DE PHARMACIE HASSAN II - CASABLANCA

2010190127 - Mme BATASSA Daouia

## BIOCHIMIE SANGUINE GÉNÉRALE ET SPÉCIALISÉE

(Cobas 6000: ROCHE)

### HEMOGLOBINE GLYCOSYLEE (HBA1c)/NGSP

7.6 % (4.0-6.0)

#### Interprétation:

|                               |   |         |
|-------------------------------|---|---------|
| Sujet normal                  | : | 4 - 6 % |
| Diabétique équilibré          | : | 6 - 7 % |
| Diabétique mal équilibré      | : | 7 - 8 % |
| Diabétique très mal équilibré | : | > 8%    |

### CREATININE

(Méthode Cinétique de Jaffé)

11.2 mg/L (6.0-12.0)  
98.6 µmol/L (52.8-105.6)

### ACIDE URIQUE

(Méthode Enzymatique - Colorimétrique (Cobas 6000 ROCHE))

39.00 mg/L (35.00-70.00)  
232 µmol/L (208-417)

### CHOLESTEROL TOTAL

(Méthode Enzymatique - Colorimétrique (Cobas 6000 ROCHE))

2.00 g/L (1.40-2.60)  
5.16 mmol/L (3.61-6.71)

### TRIGLYCERIDES

(Méthode Enzymatique - Colorimétrique)

2.50 g/L (0.40-1.60)  
2.82 mmol/L (0.45-1.80)

### ASAT (GOT)

(Méthode Enzymatique - Cinétique)

96 UI/l (<45)

Validé par : Dr. BOULAHRISS MOUNIA

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES LHARTI  
Dr. BOULAHRISS MOUNIA  
Bd. Driss El Bahdi - Casablanca  
Gr 1 Miy Rahid - Casablanca  
Tél: 05 22 71 05 56 / Fax: 05 22 71 29 45



# مختبر التحليلات الطبية الحارثي

## LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES LHARTI

الدكتورة بولهريس منية

Docteur BOULAHRISS MOUNIA

MEDECIN BIOLOGISTE LAUREATE DE LA FACULTE  
DE MEDECINE ET DE PHARMACIE HASSAN II - CASABLANCA

2010190127 - Mme BATASSA Daouia

### Numération plaquettaire

Plaquettes

296 000 /mm<sup>3</sup>

(150 000-450 000)

### **VITESSE DE SEDIMENTATION:**

(Méthode de Westergreen)

1ère heure:

90 mm

(0-10)

2ème heure:

>120 mm

(0-20)

Validé par Dr. BOULAHRISS MOUNIA

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES LHARTI  
Dr. BOULAHRISS MOUNIA  
Bd. Driss El Harti Résidence SARA 7  
Gr 1 Mly Rachid - Casablanca  
Tél: 05 22 71 05 56 / Fax: 05 22 71 29 45





# مختبر التحليلات الطبية الحارثي

## LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES LHARTI

الدكتورة بولهريس منية

Docteur BOULAHRISS MOUNIA

MEDECIN BIOLOGISTE LAUREATE DE LA FACULTE  
DE MEDECINE ET DE PHARMACIE HASSAN II - CASABLANCA

Date du prélèvement : 19-10-2020 à 12:17

Code patient : 2010190127

Né(e) le : 01-01-1952 (68 ans)



Mme BATASSA Daouia

Dossier N° : 2010190127

Prescripteur : Dr REZKI ABDELGHANI

### HEMATOLOGIE

#### NUMERATION FORMULE SANGUINE

(SYSMEX KX 21N)

##### Lignée érythrocytaire

|             |      |                   |             |
|-------------|------|-------------------|-------------|
| Hématies    | 3.76 | M/mm <sup>3</sup> | (3.90-5.40) |
| Hémoglobine | 10.4 | g/dL              | (12.0-15.6) |
| Hématocrite | 32   | %                 | (35-46)     |
| VGM         | 85   | fL                | (80-101)    |
| TCMH        | 28   | pg                | (27-34)     |
| CCMH        | 33   | %                 | (28-36)     |

##### Formule leucocytaire

|              |           |                        |                |
|--------------|-----------|------------------------|----------------|
| Leucocytes   | 7 700     | /mm <sup>3</sup>       | (4 000-10 000) |
| Neutrophiles | 77 % soit | 5 929 /mm <sup>3</sup> | (2 000-7 500)  |
| Eosinophiles | 2 % soit  | 154 /mm <sup>3</sup>   | (100-400)      |
| Basophiles   | 0 % soit  | 0 /mm <sup>3</sup>     | (0-150)        |
| Lymphocytes  | 13 % soit | 1 001 /mm <sup>3</sup> | (1 000-4 000)  |
| Monocytes    | 8 % soit  | 616 /mm <sup>3</sup>   | (<1 100)       |

Validé par : Dr BOULAHRISS MOUNIA

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES LHARTI  
Dr. BOULAHRISS MOUNIA  
Bd. Driss El Harti Résidence Saira 7  
Gr 1 Miy Rachid - Casablanca  
Tél: 05 22 71 05 56 / Fax: 05 22 71 29 45