

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

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

Optique :

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

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

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

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

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M22- 0031027

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8738 Société :
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : EL BOUJRI MOUAYY ABDELRAZIZ
 Date de naissance :
 Adresse : 22 Bd 9 AVRIL APT 15 PANTIER
 CASABLANCA
 Tél. : 0661447745 Total des frais engagés : 10374 Fc Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

 Date de consultation : 26 / 11 / 22
 Nom et prénom du malade : Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Définition de l'adhérent B12
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances :
 Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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

Fait à : Cas Le : 05 / 12 / 2022
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019


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
20/11/22				Dr. Saadia AAL Professeur Agrégé Hématologie - Oncologie CLINIQUE AL MADINA Tél: 05 22 77 77 40 à 49 Gsm: 06 61 54 22 07

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
	25.11.22	B 690	1025,50

AUXILIAIRES MEDICAUX

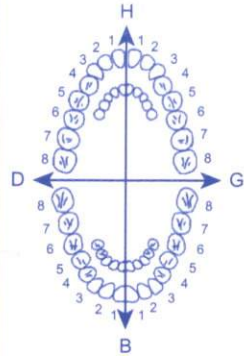
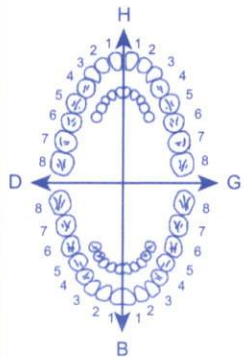
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 l'ODF.

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													
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	[Création, remont, adjonction] 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



Docteur Saadia ZAFAD

Professeur Agrégée
Hématologie Clinique
Adultes-Enfants
Oncologie pédiatrique
Greffe de Moelle

الدكتورة السعدية زفاض

أستاذة مبرزة
أمراض الدم
البالغين و الأطفال
سرطان الطفل
زراعة النخاع

Casablanca, le.....

24/11/22

M. Daoudi Fouzia

NFS

Ac anti FI

Ac anti cellules
parietales



Mme DAOUDI Fouzia
26-03-1969
2211253068



SUR CAHIER
ZAFAD

Dr. Saâdia ZAFAD
Professeur Agrégée
Hématologie - Oncologie
CLINIQUE AL MADINA
Tél: 05 22 77 77 40 à 49



Docteur Saadia ZAFAD

Professeuse Agrégée
Hématologie Clinique
Adultes-Enfants
Oncologie pédiatrique
Greffe de Moelle

الدكتورة السعدية زفاض

أستاذة مبرزة
أمراض الدم
البالغين و الأطفال
سرطان الطفل
زراعة النخاع

Casablanca, le 26/11/23

M. Dami Fuzga

Vitamine B12

5 mg / sem x 4 sem

Dr. Saadia ZAFAD
Professeuse Agrégée
Hématologie - Oncologie
CLINIQUE AL MADINA
Tél: 05 22 77 77 40 à 49
Gsm: 06 62 54 23 07



FACTURE N° 2211253068
LABORATOIRE CASALAB PALMIER

Casablanca le 25/11/2022

INPE : 093002574

Mme Fouzia DAOUDI

Demande N° 2211253068

Récapitulatif des analyses
Analyse
Prise de sang Adulte Numération Formule (Globules rouges/Blancs/plaquettes) Anticorps anti-facteur intrinsèque – sérum Anticorps anti-cellules pariétales – estomac – sérum

Total des B : 690

Arrêtée la présente facture à la somme de : * **1025.5 DH** *

mille vingt-cinq dirhams cinquante centimes

*(HN) = analyse hors nomenclature



C



LABORATOIRE CASALAB PALMIER®

Dossier N°: **2211253068**

Résultats de : **Mme DAOUDI Fouzia**

Né(e) le : 26/03/1969 – 53 ans

N° CIN : GM12876

Date du prélèvement : 25/11/2022 11:05. ASS

Edition du : 02/12/2022 à 11:10

Madame Le Pr SAADIA ZAFAD (Hémato)

Cher confrère, nous vous remercions de votre confiance, et nous vous transmettons les résultats de votre patient.

< Compte-rendu annule et remplace le rapport du 28/11/2022 à 11:43 >

HEMATOCYTOLOGIE

HEMOGRAMME

(SYSMEX XN-1000)

			12/06/2020
Leucocytes :	4,93	10 ³ /mm ³	(3,90–10,20) 6,78
Hématies :	4,27	10 ⁶ /mm ³	(3,90–5,20) 3,82
Hémoglobine :	12,80	g/dL	(12,00–15,60) 11,40
Hématocrite :	39,3	%	(35,5–45,5) 36,1
VGM :	92,0	fL	(80,0–99,0) 94,5
TCMH :	30,0	pg	(27,0–33,5) 29,8
CCMH :	32,6	g/dL	(31,5–36,0) 31,6
RDW :	12,9	%	(0,0–18,5) 14,6

Formule leucocytaire :

Neutrophiles :	54,8	%	61,9
Soit:	2 702	/mm ³	(1 400–7 700) 4 197
Eosinophiles :	1,4	%	1,3
Soit:	69	/mm ³	(20–580) 88
Basophiles :	0,2	%	0,1
Soit:	10	/mm ³	(0–110) 7
Lymphocytes :	34,1	%	27,7
Soit:	1 681	/mm ³	(1 000–4 800) 1 878
Monocytes :	9,5	%	9,0
Soit:	468	/mm ³	(150–1 000) 610
Plaquettes:	239	10 ³ /mm ³	(150–450) 257

Dossier n° 2211253068 – Mme Fouzia DAOUDI





ANALYSES TRANSMISES A L'EXTERIEUR

Anticorps anti-cellules pariétales – est ⁽¹⁾	40 (N: < 40)
Anticorps anti-facteur intrinsèque – sér ⁽¹⁾	1,1 U/ml (N : < 7 U/ml)

(1) Labo. exécutant : CERBA

Validation biologique par : Le Dr M. BEZZARI

Dr K. OUZZANI



DAOUDI

FOUZIA

Né(e) le 26.03.1969

Sexe : F

Dossier n° : 22S0343123

G /w 994-101 /s 994-101

CASALAB PALMIER

DR OUAZANI DR BEZZARI

50 RUE AL MORTADA PALMIER

CASABLANCA

MAROC

Transmis par CASALAB PALMIER

Vos références : 2211253068

11526

Enregistré le : 30.11.2022

Edité le :

02.12.2022

Ex envoyé(s) au(x) : Laboratoire

● AUTO-ANTICORPS ANTI-CELLULES PARIETALES DE L'ESTOMAC (IFI)

Réactif : Triple substrat sur tissu de rat AA-RL/RK/RS (BioSystems)

Prélèvement : 25.11.2022 Sérum 10h 00

40

N: < 40

Recherche positive.

Les anticorps anti-cellules pariétales gastriques sont présents lors d'anémies pernicieuses mais aussi lors d'anémies bénignes, de gastrites atrophiées, de pathologie thyroïdienne,...

Validé par : Dr. Souad Mehral Sedkaoui

● ANTICORPS ANTI-FACTEUR INTRINSEQUE (Chimiluminescence)

Réactif : EliA Intrinsic Factor (Thermo Fisher)

Prélèvement : 25.11.2022 Sérum 10h 00

1,1 U/ml

Interprétation :

- < 7 U/ml : Négatif
- 7 à 10 U/ml : Douteux
- > 10 U/ml : Positif

Recherche négative.

Validé par : Dr. Souad Mehral Sedkaoui

Dr. Aurélie Driss Corbin

A. Driss Corbin

Compte rendu complet



Le laboratoire CERBA est accrédité par le COFRAC selon la norme NF EN ISO 15189 (N°8-0945, Examens Médicaux).
 Portée disponible sur www.cofrac.fr
 Les examens accrédités sont identifiés par la mention #

