

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 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

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.

M22- 0051163

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7291

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : FADOUA CH.

LATIFA

Date de naissance :

AS 00 93

Adresse :

0661746661

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age: _____

Lui-même Conjoint Enfant

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

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 : _____ Le : _____ / _____ / _____

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE 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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates the left hemisphere of the human brain. At the top is the label 'H' (frontal lobe). At the bottom is the label 'B' (occipital lobe). To the left is the label 'D' (left lateral view), and to the right is the label 'G' (right lateral view). The brain is depicted with various regions labeled with numbers 1 through 8 and letters 'p', 'r', and 's'. A central vertical axis has a double-headed arrow pointing upwards, with the number '1' at the top and '2' at the bottom. Regions are labeled on both sides of this axis, such as '1' and '2' at the top, '3' and '4' in the middle, and '5' and '6' at the bottom. The labels 'p', 'r', and 's' are positioned on the left side of the brain, with 'p' near the top, 'r' in the middle, and 's' near the bottom.

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 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

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.



Déclaration de Maladie

N°

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 7291

Société : EAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : FADOUACH LATIFA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 066 114 4461

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 3/12/2022

Nom et prénom du malade : FADOUACH LATIFA

Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : COVID

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) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N°

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Justificatif et signature du Médecin et patient, je Paiement des Actes
3/12/2022	GS		G	Prof. Abdelaziz A. 03/12/2022
5/12/2022	GS		G	Prof. Abdelaziz A. 05/12/2022
9/12/2022	GS		300.00	Prof. Abdelaziz A. 09/12/2022

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire de Radiomédecine	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	03/12/88	B + 190	190,00
	05.12.88 B:	100 test	963,00

VOLET ADHERENT

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

RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.					
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées Nature des Soins Coefficient	INP : <input type="text"/>			
		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 PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>	
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	
				[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession	

Professeur Abdelaziz AICHANE

Spécialiste en pneumologie-Allergologie

Cabinet des explorations pneumologiques et allergologiques

Asthme et Maladies Allergiques tests cutanés Allergologiques

Désensibilisation Explorations Fonctionnelles Respiratoires

Bronchoscopie Thoracoscopie Sevrage tabagique



الدكتور عبد العزيز عيشان

أستاذ جامعي سابق بكلية الطب

ومستشفى 20 غشت الدار البيضاء

أخصائي في أمراض التنفس والحساسية

الضيق وأمراض الحساسية خاليل الحساسية العلاج المناعي

تشخيص الوظائف التنفسية تشخيص الشخير الإقلاع عن التدخين

Casablanca, le : 3.12.21

Fol evach leh f.

CVI لـ

Test antigénique



Dr. ABDELAZIZ AICHANE
Pneumo-Allergologie
40, Rue des Hôpitaux Casablanca
Tel: 05 22 20 03 / GSM: 06 51 72 82 00
INPE: 091035121

40. شارع المستشفيات، الطابق الأول، رقم 5 قبالة مصلحة 28 - مستشفى ابن رشد - الدار البيضاء

40, Rue des hôpitaux. 1er étage N°5 en face pavillon 28 - hôpital Ibnou Rochd - Casablanca

الهاتف : 05 22 22 03 03

Professeur Abdelaziz AICHANE

Spécialiste en pneumologie-Allergologie

Cabinet des explorations pneumologiques et allergologiques

Asthme et Maladies Allergiques tests cutanés Allergologiques

Désensibilisation Explorations Fonctionnelles Respiratoires

Bronchoscopie Thoracoscopie Sevrage tabagique



الدكتور عبد العزيز عيشان

أستاذ جامعي سابق بكلية الطب

ومستشفى 20 غشت الدار البيضاء

أخصائي في أمراض التنفس والحساسية

الصيغة وأمراض الحساسية خاليل الحساسية العلاج المناعي

تشخيص الوظائف التنفسية تشخيص الشخير الإقلاع عن التدخين

Casablanca, le : 5.11.22

Fédaouk. latif

NFS, D. Dr. ^{med}

Fevlikin

PCR

LABORATOIRE ANALYSES
MEDICALES ANDARONE
69, Bd Al Qodra - 1060 - Casablanca
Tél : 05 22 52 83 88
Fax : 05 22 21 92 41

Abdelaziz AICHANE
Pneumologue et Allergologue
40, Rue des hôpitaux Casablanca
Tel: 05 22 22 93 03 GSM: 06 51 72 82 00
INPE: 091036121

40, شارع المستشفيات، الطابق الأول، رقم 5 قبالة مصلحة 28 - مستشفى ابن رشد - الدار البيضاء

40, Rue des hôpitaux. 1er étage N°5 en face pavillon 28 - hôpital Ibnou Rochd - Casablanca

الهاتف : 05 22 22 03 03



LIAB

المختبر الدولي للتحاليلات الطبية

LABORATOIRE INTERNATIONAL D'ANALYSES BIOMÉDICALES

Casablanca le, 03-12-2022

FACTURE N° 000269862

Nom, Prénom du patient : Mme LATIFA FADOUACH

Date de l'examen : 03-12-2022

Type d'examen : Examen biologique

Demande N° : 2212030091

Médecin demandeur :

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Forfait traitement échantillon sanguin Détection rapide des antigènes SARS COV-2 (TROD):	0 -	HN

Total des BHN : 190

Montant total en chiffre : 190DHS

Montant Total en lettres : cent quatre-vingt-dix dirham

Opération bénéficiant de l'exonération à la TVA sans bénéfice du droit déduction
conformément à l'article 91-VI-1° du Code Général des Impôts.





مختبر منظرونا للتحليلات الطبية
LABORATOIRE MANDARONA
D'ANALYSES MEDICALES

Dr Yahya BENGHALEM

Pharmacien Biologiste

Lauréat de la faculté de Pharmacie de
Montpellier

Dr Abderrahmane BOUMZEBRA

Pharmacien Biologiste

Diplômé des facultés de Médecine et de Pharmacie de
Toulouse et Montpellier

Biochimie - Hématologie - Hormonologie - Bactériologie - Virologie - Immunologie - Parasitologie - Mycologie - Toxicologie

Casablanca le 5 décembre 2022

Madame FADOUACH LATIFA

FACTURE N°	176597
------------	--------

Analyses :

Numération formule sanguine -----	B	80
D DIMERES -----	B	270
Protéine C réactive -----	B	100
Ferritine -----	B	250
		Total : B 700

Prélèvements :

Sang-----	Pc	1,5
-----------	----	-----

TOTAL DOSSIER	963,00 DH
---------------	-----------

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Neuf Cent Soixante Trois Dirhams

*LABORATOIRE ANALYSES
MEDICALES MANDARONA
679, Bd El Qods 20460 - Casablanca
Tél. : 05 22 52 83 88
Fax : 05 22 21 92 41*

679, Bd El Qods 20460 Ain Chock - Casablanca - Tél. : 0522 52 83 88 / 0522 87 22 82
Fax : 0522 21 92 41 - E-mail : labo_mandarona@yahoo.fr

CNSS : 8521090 - IF : 40213596 - Patente : 37980291 - ICE : 001634915000055 - IPN : 093060663
BMCE AL QODS : 0117940000 3121000 0144347



Dr Yahya BENGHALEM

Pharmacien Biologiste

Lauréat de la faculté de Pharmacie de
Montpellier

Dr Abderrahmane BOUMZEBRA

Pharmacien Biologiste

Diplômé des facultés de Médecine et de Pharmacie de
Toulouse et Montpellier

Biochimie - Hématologie - Hormonologie - Bactériologie - Virologie - Immunologie - Parasitologie - Mycologie - Toxicologie

Dossier ouvert le : 05/12/22

Prélèvement effectué à 10:07

Édition du : 20/02/23

Madame FADOUACH LATIFA

Docteur ABDELLAZIZ AICHANE

Réf. : 22L206

Compte Rendu d'Analyses

HEMOSTASE

Normales	Antériorités
----------	--------------

D-DIMERES -----	1,00 * $\mu\text{g/ml}$	05/01/22
VIDAS ,BIOMERIEUX	< 0,5	0,32

PROTEINES SPECIFIQUES

(COBAS ROCHE C-311)

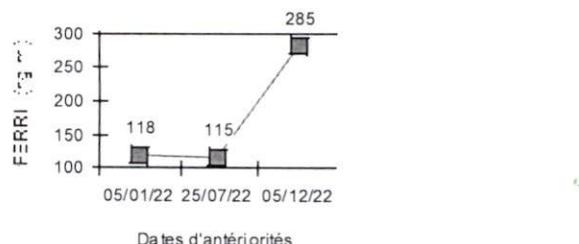
Protéine C réactive us -----	29 * mg/l	< 6	7
------------------------------	--------------------	-----	---

MARQUEURS

Ferritine -----	285 ng/ml	25/07/22
(Chimiluminescence COBAS ROCHE E411)		115

Valeurs usuelles en ng/ml

Enfants : A la naissance : 150 à 450 ng/ml
2 à 3 mois : 80 à 500 ng/ml
4 mois à 16 ans : 20 à 200
Femmes cycliques : 13 à 150 ng/ml
Femmes ménopausées : 30 à 400 ng/ml
Hommes : 30 à 400 ng/ml



LABORATOIRE ANALYSES
MEDICALES MANDARONA
679, Bd El Qods 20460 - Casablanca
Tél. : 05 22 52 83 88
Fax : 05 22 21 92 41



Dr Yahya BENGHALEM

Pharmacien Biologiste

Lauréat de la faculté de Pharmacie de
Montpellier

Dr Abderrahmane BOUMZEBRA

Pharmacien Biologiste

Diplômé des facultés de Médecine et de Pharmacie de
Toulouse et Montpellier

Biochimie - Hématologie - Hormonologie - Bactériologie - Virologie - Immunologie - Parasitologie - Mycologie - Toxicologie

Dossier ouvert le : 05/12/22

Prélèvement effectué à 10:07

Edition du : 20/02/23

Madame FADOUACH LATIFA

Docteur ABDELLAZIZ AICHANE

Réf. : 22L206

Compte Rendu d'Analyses

HEMATOLOGIE

NUMERATION FORMULE SANGUINE

(SYSMEX XS-1000i)

Normales
(Femme Adulte)

25/07/22

GLOBULES ROUGES

Hématies -----:	4,40	M/mm ³	4,2 - 5,2	4,57
Hémoglobine ----- :	13,6	g/100 ml	12 - 16	13,5
Hématocrite ----- :	41	%	35 - 45	40
- V.G.M. ----- :	92	µ ³	85 - 95	87
- T.C.M.H. ----- :	31	pg	28 - 32	30
- C.C.M.H. ----- :	34	g/100 ml	30 - 35	34

GLOBULES BLANCS

Numération des leucocytes -----:	9 170	/mm ³	4000 - 10000	7190
Formule leucocytaire				
Polynucléaires Neutrophiles ----- :	56,9	%	50 - 70	51,0
Soit :	5 218	/mm ³	2000 - 7500	3667
Polynucléaires Eosinophiles ----- :	3,7	* %	1 - 3	3,5
Soit :	339	/mm ³	40 - 300	252
Polynucléaires Basophiles ----- :	0,4	%	< 1	0,4
Soit :	37	/mm ³	< 100	29
Lymphocytes ----- :	30,5	%	20 - 40	38,7
Soit :	2 797	/mm ³	1500 - 4000	2783
Monocytes ----- :	8,5	%	1 - 14	6,4
Soit :	779	/mm ³	40 - 1000	460

PLAQUETTES

Résultat -----:	307 000	/mm ³	150000 - 400000	387000
-----------------	---------	------------------	-----------------	--------