

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.



Déclaration de Maladie

N° W21-783718

150614

Ph. Louw

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 08538 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : IBN KHALDOUN BASMA

Date de naissance : 28/12/2001

Adresse : BP 10 N° 15 Hay Sidi Mad AGADIR

Tél. : Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : IBN KHALDOUN BASMA Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Anémie

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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

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

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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.

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-783718

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

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

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
23/1/23	CS		3000H	INP : 01911144394

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
LABORATOIRE CENTRALE D'ANALYSES MEDICALES Docteur JAZOUILLON N° 69 Immeuble 100 47 Avenue Saint-Jacques 33000 Bordeaux	23/01/23	3330	442,20

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

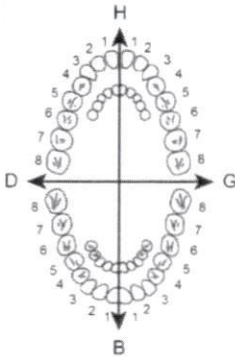
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 d

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 PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div>			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					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Dr.Elomari Moulay Younes

Spécialiste en Hématologie clinique,
Oncohématologie et Greffe de moelle osseuse
Adulte-Enfant

- Diplômé de la Faculté de médecine de Casablanca
- Attestation de Formation spécialisée en hématologie clinique - Université de Bordeaux - France
- Attestation de Formation spécialisée approfondie en hématologie clinique - Université de Marseille - France
- Ancien praticien attaché Oncohématologue au CHU de Nîmes - France

الدكتور العمري مولاي يونس

اختصاصي أمراض الدم، السرطان

وزرع النخاع العظمي

كبار - أطفال

« دبلوم التخصص من كلية الطب بالدار البيضاء »

« شهادة التكوين التخصص في أمراض الدم بجامعة بوردو - فرنسا »

« شهادة التكوين التخصص العميق في أمراض الدم بجامعة مرسيليا - فرنسا »

« طبيب ملحق سابق بالمستشفى الجامعي بـ نيم الفرنسية »

Agadir Le 23/01/23

IBNE KHAL DOUW

BASMA

Note

d'phononame

consultation

300DH

Dr. Elomari Moulay Younes
Résidence Ait Souss Bld Hassan II
Agadir - Tél. Urgences : 06 61 17 91 19
Tél. : 05 28 82 19 47
06 61 17 91 19

رقم 18، عمارة ايت سوس الطابق الخامس، شارع الحسن الثاني - أكادير

N°18, Avenue El Hassan II, Imm Aït Souss 5^{ème} Étage - E-mail : drelomariyounes@yahoo.fr

Tél.d'urgence : 06 61 17 91 19 - Tél : 05 40 09 01 02 - 05 28 82 19 47

Identifiant IGR : 14389661 - Taxe Professionnelle : 48179012 - CNSS : 9343047

ICE : 001918208000079

Dr. Elomari Moulay Younes

Spécialiste en Hématologie clinique, Oncohématologie
et Greffe de moelle osseuse (Adulte - Enfant)

Diplômé de la Faculté de Médecine de Casablanca

Attestation de formation spécialisée en hématologie clinique - Université de Bordeaux - France

Attestation de formation spécialisée approfondie en hématologie clinique - Université de Marseille - France

Ancien praticien attaché Oncohématologue au CHU de Nîmes - France

الدكتور العمري مولاي يونس

اختصاصي امراض الدم، السرطان و زرع النخاع العظمي
كبار - أطفال

دبلوم التخصص من كلية الطب بالدار البيضاء

شهادة التكوين المتخصص في امراض الدم بجامعة بوردو - فرنسا

شهادة التكوين المتخصص العميق في امراض الدم بجامعة مرسيليا - فرنسا

طبيب ملحق سابق بالمستشفى الجامعي بنيم الفرنسية

(Sur Rendez- vous : بالموعد)

Nom et Prénom : IBRAHIM ALDOUW BASMA

Date : 23/1/23

BILAN BIOLOGIQUE

Faire faire SVP :

- | | | |
|--|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> NFS Plaquettes | <input type="checkbox"/> Réticulocytes | |
| <input type="checkbox"/> Etude Morphologie des Hématies . | | |
| <input type="checkbox"/> Etude Morphologie des Plaquettes . | | |
| <input type="checkbox"/> Etude Morphologie des Leucocytes . | | |
| <input type="checkbox"/> Cellules Anormales | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Ferritinémie. | <input type="checkbox"/> Fer Sérique. | <input type="checkbox"/> CTF. |
| <input type="checkbox"/> Electrophorèse des hémoglobines en HPLC | | |
| <input type="checkbox"/> Urée. | <input type="checkbox"/> Créatinine. | <input type="checkbox"/> Clairance à la Créatinine. |
| <input type="checkbox"/> VS. | <input type="checkbox"/> CRP. | <input type="checkbox"/> Glycémie. |
| <input type="checkbox"/> Hémoglobine Glycosylée. | <input type="checkbox"/> Triglycérides. | <input type="checkbox"/> Cholestérol, LDH, HDL. |
| <input type="checkbox"/> Electrophorèse des Protéines Sérique. | | <input type="checkbox"/> Recherche Protéinurie Bence Jones. |
| <input type="checkbox"/> IF Protéines Sériques. | | <input type="checkbox"/> IF Protéines Urinaires. |
| <input type="checkbox"/> Dosage Pondéral chaînes légères libre. | | <input type="checkbox"/> Bêta 2 Microglobuline. |
| <input type="checkbox"/> GOT - GPT - Ph. Alcalines. | | |
| <input type="checkbox"/> BT - BC. | <input type="checkbox"/> Haptoglobine. | |
| <input type="checkbox"/> Sérologie HCV. | <input type="checkbox"/> Sérologie HbS Ag - Ac. | |
| <input type="checkbox"/> HIV 1-2. | <input type="checkbox"/> HTLV1. | |
| <input type="checkbox"/> EBV développée. | <input type="checkbox"/> Parvovirus. | |
| <input type="checkbox"/> Test Coombs Direct. | <input type="checkbox"/> RAI. | |
| <input type="checkbox"/> Recherche de Cryoglobulines. | | |
| <input type="checkbox"/> Réaction au Latex. | <input type="checkbox"/> Waaler rose. | <input type="checkbox"/> Anti ECT. |
| <input type="checkbox"/> Ac. Anti-nucléaires. | <input type="checkbox"/> Ac Anti-DNA natif. | <input type="checkbox"/> Anti Peptides Citrallines. |
| <input type="checkbox"/> TP. | <input type="checkbox"/> TCA. | <input type="checkbox"/> Fibrinémie. |
| <input type="checkbox"/> Tps saignement (IVY). | | <input type="checkbox"/> TCA avec preuve T + M. |
| <input type="checkbox"/> Ac. Anti-phospholipides. | <input type="checkbox"/> Homocystéine. | <input type="checkbox"/> Protéine S. |
| <input type="checkbox"/> Dosage Protéines AT3. | | <input type="checkbox"/> Résistance Protéine C Activée. |
| <input type="checkbox"/> Autre | | |
| <input type="checkbox"/> Bilan à faire S.V.P le | | |

Dr. EL OMARI Moulay Younes
N° 11, Résidence Ait Souss Bd Hassan II
Agadir - Tél: 05 40 91 01 02 / 05 40 91 01 02
Tél: Cabinet 05 40 91 01 02 / 05 40 91 01 02

LABORATOIRE CENTRAL D'ANALYSES MEDICALES

8,9 IMM SAROURE. AV CHEIKH-SAAD TALBORJTE. AGADIR
TEL : 05.28.84.84.68 GSM : 06.66.11.11.19 Fax : 05.28.84.84.68 E-mail : labocentral1@gmail.com

ICE : 000506403000045

IF : 80315294

CNSS : 54466621

INPE : 043061860

FACTURE N° : 0367/23

Date de la Facture : 23/01/2023

Date des Analyses : 23/01/2023

Nom du Patient : Mme. IBNEKHALDOUN BASMA

Prescripteur : DR ELOMARI MOULAY YOUNES



ID Patient : 005923/23

ANALYSES :

NFS=B80

FERR=B250

Cotation B: 330

Prélèvement : 0,00 DH

Montant Net : 442,20 DH

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

QUATRE CENT QUARANTE-DEUX DHS ET VINGT CENTIMES

LABORATOIRE CENTRALE
D'ANALYSES MEDICALES
Docteur JAZOUILLI Mohamed Jazoul
N° 8,9 Immeuble - 05.28.84.84.68
Agadir - Maroc

LABORATOIRE CENTRAL D'ANALYSES MÉDICALES

Ouvert du Lundi au Vendredi de 7h à 19h

& le Samedi de 7h à 13h

Clinique et Urgence 7j/7j, 24h/24h

Prélèvement à Domicile (sur RDV)



Dr. JAZOULI Mohammed Jalal

Spécialiste en : Hémato-cytologie

Biochimie - Sérologie - Immunologie

Bactériologie - Virologie - Parasitologie

Mycologie - Biologie de la Reproduction

Agadir, le : 23 janvier 2023

Prélèvement 23/01/2023 à 08:40

IPP : 005923/23



Mlle. IBNEKHALDOUN BASMA

Référence : 230123698

Prescripteur : DR ELOMARI MOULAY YOUNES

HEMATOLOGIE

Sysmex XT-4000i

Analyses	Résultats	Normes	Antécédents
----------	-----------	--------	-------------

NUMERATION

HEMATIES

4.33 $10^6/\text{mm}^3$

3.8 - 5.9

-

Hémoglobine

14.1 g/dl

11.5 - 17.5

-

Hématocrite

40.4 %

34 - 53

-

VGM

93.3 μ^3

76 - 96

-

TCMH

32.6 pg

24.4 - 34

-

CCMH

34.9 g/dl

31 - 36

-

PLAQUETTES

271 $10^3/\text{mm}^3$

150 - 400

-

LEUCOCYTES

5170 $/\text{mm}^3$

4000 - 10000

-

FORMULE LEUCOCYTAIRE

Polynucléaires Neutrophiles

38.6 %

-

soit :

1996 $/\text{mm}^3$

1800 - 7500

-

Polynucléaires Eosinophiles

3.9 %

-

soit :

202 $/\text{mm}^3$

0 - 500

-

Polynucléaires Basophiles

0.4 %

-

soit :

21 $/\text{mm}^3$

0 - 100

-

Lymphocytes

39.7 %

-

soit :

2052 $/\text{mm}^3$

1000 - 4500

-

Monocytes

17.4 %

-

soit :

900 $/\text{mm}^3$

200 - 1000

-

LABORATOIRE CENTRAL
D'ANALYSES MÉDICALES
Docteur JAZOULI Mohammed Jalal
N° 8.9 Immeuble
Talborjta Agadir
Av. Cheikh-Saadi Talborjta
84 84 68
06 66 11 11 19

Validé par : Dr. JAZOULI Mohammed Jalal

Tournez la page SVP

La Qualité est notre souci permanent

Page : *Biologiste* 1/2

N° 8.9 Immeuble saroure avenue cheikh-saadi talborjta, Agadir - Tél : 05 28 84 84 68 Gsm : 06 66 11 11 19

E-mail : labocentral1@gmail.com - ICE : 000506403000045 - IF : 80315294 - TP : 48315109 - CNSS : 5446621

Agadir, le : 23 janvier 2023

Mlle. IBNEKHALDOUN BASMA

Prélevement 23/01/2023 à 08:40

Référence : 230123698

IPP : 005923/23



Prescripteur : DR ELOMARI MOULAY YOUNES

BIOCHIMIE
Cobas integra 400 plus

Analyses	Résultats	Normes	Antécédents
FERRITINEMIE	88.22 ng/mL	13 - 232	-

LABORATOIRE CENTRALE
D'ANALYSES MEDICALES
Dr. JAZOULI Mohammed Jalal
N° 6,9 Immeuble
Av. Cheikh El-Mouhamed
2023-01-23

Validé par : Dr. JAZOULI Mohammed Jalal