

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.

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

M23-006271

couvert

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : *02610*

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : *Jouhadi AU*

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : *06 69 94 98 58*

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : *OUALI JI FATIMA* Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M23- 0006271

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 :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

- Reclamation : 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0610 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : TOUHADI ALI

Date de naissance : 01-01-1946

Adresse : Hy. Ag Laekidit Rue T.n. 10 Casa

Tél. : 06 69 24 98 58 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. NAJA AMINE
Médecin Généraliste
Tél: 06 84 56 18 96

Date de consultation : 16/01/2023

Nom et prénom du malade : OUALIJI Fatima Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

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 : Casa Le : 18/01/23

Signature de l'adhérent(e) : M. Touhadi

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie M22- N° 001290

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 | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 16/01/23 | CS | 01 | 500 Dhs | Dr. NAJA Amine Médecin Généraliste Tél: 06 84 56 18 96 |
| | | | | Dr. NAJA Amine Médecin Généraliste Tél: 06 84 56 18 96 |
| | | | | Dr. NAJA Amine Médecin Généraliste Tél: 06 84 56 18 96 |
| | | | | Dr. NAJA Amine Médecin Généraliste Tél: 06 84 56 18 96 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

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

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Relevé | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|--|--------------|------------------------------|------------------------|
| ANHICHEM ateur SAID ANHICHEM Casablanca | 18 Janv 2023 | B 300 | 300,00 |

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 | |
|------------------------------|--|---------------------------|-------------|-------------------------|
| | | | | Coefficient des travaux |
| | | | | Montants des soins |
| | | | | Début d'exécution |
| | | | | Fin d'exécution |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | |
| | H 25533412 00000000 | G 21433552 00000000 | | Coefficient des travaux |
| | D 00000000 35533411 | B 00000000 11433553 | | Montants des soins |
| | | | | Date du devis |
| | | | | Date de l'exécution |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



SOS Médecins Maroc
MEDECINS D'URGENCE
MULTI-SERVICES 24



A : CASABLANCA Le : 16/01/2023

Mme Fatima OUALIJI

- NFS - Pg
- Mee / créat
- Na+ / K+
- Hb Az C

Mme OUALIJI Fatima
10-04-1953 F
Laboratoire ANHICHEM



2301180040

A coller sur l'ordonnance

ORDO

Laboratoire d'Analyses Médicales
ANHICHEM
Docteur SAID ANHICHEM
Casablanca

Dr. NAJA Amine
Médecin Généraliste
Tél: 06 84 56 18 96

06 61 14 09 80 / 05 22 47 47 47 / 05 22 20 20 20

LABORATOIRE ANHICHEM D'ANALYSES MEDICALES

Dr SAID
ANHICHEM
BIOLOGISTE

N°122 ,Av Akid Allam Hay My Rachid 2 Bounazel
Casablanca
Tél: 05 22 56 15 85 Fax: 05 22 56 15 86
IF: 14363584 ICE: 000349000000065

FACTURE N° : 230000484

CASABLANCA le 18-01-2023

Mme OUALIJI Fatima

Récapitulatif des analyses

| CN | Analyse | Val | Clefs |
|------|------------------------|------|-------|
| 0111 | Créatinine | B30 | B |
| 0119 | Hémoglobine glycosylée | B100 | B |
| 0131 | Potassium | B30 | B |
| 0133 | Sodium | B30 | B |
| 0135 | Urée | B30 | B |
| 0216 | Numération formule | B80 | B |

Total des B : 300

Total des HN : 0

TOTAL DOSSIER : 300.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : trois cents dirhams .

*Laboratoire d'Analyses Médicales
ANHICHEM
Docteur SAID ANHICHEM
Casablanca*

PPV: 40 DH 30



SOS Médecins Maroc
MEDECINS D'URGENCE
MULTI-SERVICES 24



A: CASABLANCA Le: 16/01/2023

Msse Fatima OUALAIE 97



SC. Bd. Akid El Allam
Boutaleb - Casablanca
Tél: 05.22.78.58.18

BOUTALEB BENNANI MAROC

1/ Drill Toux sèche

03 cae x 03/5. jet 05 jours
60.30
2/ Strep sol gorge lente (bonbon.)

Dr. NAJA Amine
Médecin Généraliste
Tél: 06 84 56 18 96

06 61 14 09 80 / 05 22 47 47 47 / 05 22 20 20 20



مختبر أنهيشم للتحاليل الطبية والبيولوجية

Laboratoire ANHICHEM d'Analyses Médicales et Biologiques

الكيمياء السريرية والمناعة - فحص الدم - علم البكتيريا والفيروسات والطفيليات - الأمراض العامة - البيولوجيا التالسلية
Biochimie Clinique - Immunologie - Hématologie - Bactériologie - Virologie Clinique - Parasitologie Mycologie - Pathologie Médicale - Biologie de la Reproduction

Dr. Said ANHICHEM

Spécialiste en Biologie

الدكتور سعيد أنهيشم
اختصاصي التحاليل الطبية

Dossier N° : 2301180040

- Mme Fatima OUALIJI Né(e) le : 10-04-1953 (69 ans)

BIOCHIMIE SANGUINE

KONELAB 20i (THERMO)/HPLC-723 GX /SMARTE LYTE PLUS

Hémoglobine glyquée (HbA1c)

(Technique HPLC (GX HLC-723))

5.9 %

Interprétation:

| | | |
|----------------------------|---|---------------------------------|
| Sujet normoglycémique | : | 4 à 6 % de l'hémoglobine totale |
| Sujet diabétique équilibré | : | objectif ciblé 6,5 à 7% |
| Diabète mal équilibré | : | taux supérieur à 8% |

Urée

(Technique enzymatique à l'uréase UV)

0.26 g/L
4.33 mmol/L

(0.00-0.50)
(0.00-8.33)

Créatinine

(Technique colorimétrique selon la méthode de Jaffé.)

9.37 mg/L
82.9 µmol/L

(6.00-11.00)
(53.1-97.4)

Sodium (Na)

(Electrode sélective d'ions)

135.00 mEq/L
135.00 mmol/L

(135.00-145.00)
(135.00-145.00)

Potassium (K)

(Electrode sélective d'ions)

Résultat contrôlé.

3.30 mEq/L
3.30 mmol/L

(3.50-5.40)
(3.50-5.40)

(**)PC : Prestation du conseil

Validé par : Dr ANHICHEM Said

Laboratoire d'Analyses Médicales
Dr. Said ANHICHEM
N°122, Av. Akid Allam Bournazil
Tél. 0522 56 15 85
Fax. 0522 56 15 86 Casablanca



مختبر أنهيشم للتحاليلات الطبية والبيولوجية

Laboratoire ANHICHEM d'Analyses Médicales et Biologiques

الكيمياء السريرية والمناعة - فحص الدم - علم البكتيريا والفيروسات والطفيليات - الأمراض العامة - البيولوجيا التناستية
Biochimie Clinique - Immunologie - Hématologie - Bactériologie - Virologie Clinique - Parasitologie Mycologie - Pathologie Médicale - Biologie de la Reproduction

Dr. Said ANHICHEM

Spécialiste en Biologie

الدكتور سعيد أنهيشم
اختصاصي التحاليلات الطبية

Date et heure de prélèvement : 18-01-2023 à 11:45

Code patient : 2301180040

Né(e) le : 10-04-1953 (69 ans)

Date d'édition : 18-01-2023

Mme OUALIJI Fatima

Prescripteur : Dr NAJA AMINE

Dossier N° : 2301180040

CB:



HEMATOCYTOLOGIE

SYSMEX XS 1000i- VES MATIC

NUMERATION FORMULE SANGUINE

(Cytométrie en flux sur Sysmex XS 1000i)

GLOBULES ROUGES (Erythrocytes)

| | | | |
|-------------|------|------|-------------|
| Hémoglobine | 5.08 | M/µL | (4.00-5.20) |
| Hématocrite | 15.1 | g/dL | (12.5-15.5) |
| VGM | 47.0 | % | (37.0-47.0) |
| TCMH | 92.5 | fL | (80.0-97.0) |
| CCMH | 29.7 | pg | (27.0-32.0) |
| | 32.1 | g/dL | (30.0-36.0) |

GLOBULES BLANCS (Leucocytes)

| | | | |
|-----------------------------|-------|------------------|----------------|
| Polynucléaires Neutrophiles | 4 980 | /mm ³ | (4 000-10 000) |
| Soit: | 62.9 | % | (50.0-70.0) |
| Polynucléaires Eosinophiles | 3 132 | /mm ³ | (2 000-7 500) |
| Soit: | 0.0 | % | (1.0-4.0) |
| Polynucléaires Basophiles | 0.4 | % | (0.0-1.0) |
| Soit: | 20 | /mm ³ | (0-100) |
| Lymphocytes | 25.9 | % | (20.0-40.0) |
| Soit: | 1 290 | /mm ³ | (1 500-4 500) |
| Monocytes | 10.8 | % | (1.0-8.0) |
| Soit: | 538 | /mm ³ | (40-800) |

PLAQUETTES

213 000 /mm³ (150 000-450 000)

Remarque: Chez la femme enceinte, une chute progressive de l'hémoglobine à 11-12 g/dL dès la 10ème Semaine d'Aménorrhée.