

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

- 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.

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- 0053244

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5059

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BELLAZ ABRAHIM

Date de naissance : 29/12/1956

Adresse : APJ CAHOUNE

Tél. : 0677802577

Total des frais engagés : 661,22 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : BELLAZ NIDAL

Age : 20 ans

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) :

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
	30/03/23	B440	61094

AUXILIAIRES MEDICAUX

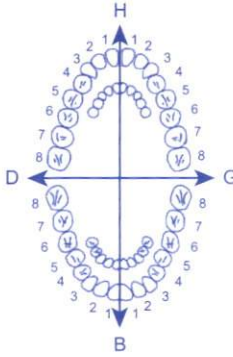
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

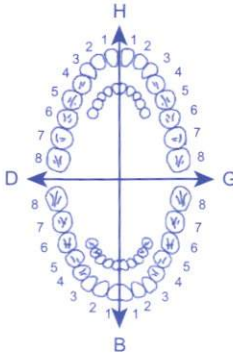
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 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"/>

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	25533412	21433552											
	D	00000000	00000000											
	G	00000000	00000000											
	B	35533411	11433553											
	[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

ORDONNANCE

Le 20/03/23

Nidal Bellaj

SVP faire

NFS. PP

Ureé Creat

GAJ . HbA_{1c}

Chol Tot. TG. LDL. HDL

OUTABOUNTE Abdessalam
Médecin Interne
CHP Bouafi



LABORATOIRE
TOUZANI
20 AOÛT

Ouvert 24/24h et 7/7j.



Dr Jaouad TOUZANI

Spécialiste en : Parasitologie - Mycologie
Bactériologie - Virologie Clinique - Immunologie
Hématologie - Pathologie Médicale - Biochimie
Biologie de la Reproduction
Médecine Fonctionnelle et Nutritionnelle

Ancien Assistant des Hôpitaux de France et du CHU de Casablanca
Diplômé de la Qualité en Biologie Médicale - Université Paris V
Auditeur Qualité Certifié Iso Afnor France

FACTURE N° : 230330042

Casablanca le 30-03-2023

Mlle Nidal BELLAJ

Date de l'examen : 30-03-2023

INPE : 093060911

Analyses :

Récapitulatif des analyses		
CN	Analyse	Clé
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	E25
0106	Cholestérol total	B30
0111	Créatinine	B30
0118	Glycémie	B30
0216	Numération formule	B80
0134	Triglycérides	B60
0182	Urée	B30
0110	Cholestérol HDL+ L D L	B80
	HbA1c	B100
0205	Clearances de la créatinine	B50

Total des B : 440

TOTAL DOSSIER : 610 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : six cent dix dirhams

Laboratoire TOUZANI
d'Analyses Médicales
Secrétariat
18, Rue La Voisier - Casablanca
Tél. 0522 86 50 00 / Fax : 0522 86 50 01

La Qualité est notre souci permanent

18 Rue LAVOISIER Quartier des Hôpitaux (en face de l'hôpital 20 Août) - CASABLANCA
Tél.: 05 22 86 50 00 / 05 22 86 50 01 - Fax: 05 22 86 50 20 - Email: contact@laboratoire-touzani.ma - Site web.: www.laboratoire-touzani.ma
INPE N°: 093060911 - Patente N°: 36370620 - Identifiant Fiscal N°: 44881270 - C.N.S.S N°: 1126748 - ICE: 001613723000036



Ouvert 24/24H et 7/7J

Référence : **230330042**

Mlle BELLAJ Nidal

Clairance de la créatinine par MDRD

(Clairance estimée selon la formule MDRD)

145 mL/min/1.73m² (>60)

Interprétation des résultats selon les recommandations HAS de septembre 2002 :

- Pas d'insuffisance rénale : > ou = 60 mL/min
- Insuffisance rénale modérée : 30 - 60 mL/min
- Insuffisance rénale sévère : 15 - 30 mL/min
- Insuffisance rénale terminale : < à 15 mL/min

Glycémie à jeun

(Hexokinase G6PD-H - Roche)

1,23 g/L

(0,70-1,10)

6,83 mmol/L

(3,89-6,11)

Intolérance au glucose : 1,10 à 1,26 g/L soit 6,11 à 6,99 mmol/L à confirmer par une HGPO 2h après charge de 75 g

Diabète : sup à 1,26 g/L soit 6,99 mmol/L dosage répété à deux reprises à 6 mois d'intervalle.

Hémoglobine glyquée (HbA1c)

(Technique HPLC selon DCCT/NGSP - TOSOH)

5,4 %

(4,0-6,0)

HbA1c - (IFCC)

35 mmol/mol

(20-42)

Valeurs de référence :

Sujet normoglycémique : 4,00 à 6,00 % de l'hémoglobine totale.

Sujet diabétique équilibré : objectif ciblé autour de 6,50 %.

Diabète mal équilibré : taux supérieur à 8,50 %.

Cholestérol total

(Technique enzymatique - Roche)

1,81 g/l

(1,30-2,00)

4,68 mmol/L

(3,36-5,17)

Triglycérides

(Technique enzymatique - Roche)

0,72 g/L

(0,35-1,50)

0,82 mmol/L

(0,40-1,71)

HDL-Cholestérol

(Technique directe enzymatique - Roche)

0,46 g/L

(>0,40)

1,19 mmol/L

(>1,03)

LDL-Cholestérol

(Calculé selon la formule de Friedwald)

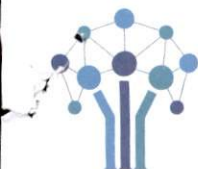
1,21 g/L

(<1,55)

3,13 mmol/L

(<4,01)

Demande validée biologiquement par : Dr. J TOUZANI



Ouvert 24/24h et 7/7j

Code Patient 230330042



Prélèvement du : 30-03-2023
au labo à 12:30
Demande N° : 230330042
Edition : 31-03-2023

Mlle BELLAJ Nidal
Prescripteur :

HEMATO-CYTOLOGIE

HEMOGRAMME (Automate : Sysmex XN-550)

"Les valeurs de référence sont automatiquement éditées en fonction de l'âge, du sexe et de l'état physiologique du patient(e)"

Hématies :	4,72	M/mm ³	(3,80-5,90)
Hémoglobine :	13,9	g/dL	(11,5-17,5)
Hématocrite :	40,9	%	(35,5-45,5)
VGM :	87	fL	(80-99)
TCMH :	29	pg	(27-34)
CCMH :	34,0	g/dL	(31,0-37,0)
Leucocytes :	8 780	/mm ³	(3 900-10 200)
Polynucléaires Neutrophiles :	63,0	%	
Soit:	5 531	/mm ³	(2 000-7 500)
Lymphocytes :	32,0	%	
Soit:	2 810	/mm ³	(1 000-4 000)
Monocytes :	3,8	%	
Soit:	334	/mm ³	(100-1 100)
Polynucléaires Éosinophiles :	0,9	%	
Soit:	79	/mm ³	(0-600)
Polynucléaires Basophiles :	0,3	%	
Soit:	26	/mm ³	(0-100)
Blastes :	0	%	(<0)
Plaquettes :	241 000	/mm ³	(150 000-370 000)
VPM :	10	fL	(7-11)

BIOCHIMIE SANGUINE

Urée	0,15	g/L	(0,10-0,50)
(Dosage enzymatique - Roche)	2,50	mmol/L	(1,67-8,33)
Créatinine	5,7	mg/L	(<11,0)
(Méthode Jaffé compensée - Roche)	50,4	μmol/L	(<97,4)