

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'Hort
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

M23-005335 ^{nr} 8052

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8052 Société : 163801

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KALTM. Abdelmajid

Date de naissance :

Adresse :

Tél : 0660329091 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/5/2023

Nom et prénom du malade : Seboui Mahjoub épouse Kaltm Age :

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

Nature de la maladie : Asthénie + Vertiges

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) : [Signature]

Autorisation CNDP N° AA-115/2019

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
16/05/2013	CH		15004	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MAJAL ASSIA LAMYA SEBTI : Pharmacienne 256-258, Bd. M.B. El Garnaoui Hay El Qods - Sidi Bernoussi Casablanca - Tél : 05 22 74 08	16/05/23	17260

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
SYNLAB NOUVELLE AQUITAINE 41 rue Pacaris 33400 TALENCE Tél : 05 56 04 18 61 Fax : 05 56 04 63 17	22-05-23		45.38 €

ADELI : 333704583

AUXILIAIRES MEDICAUX

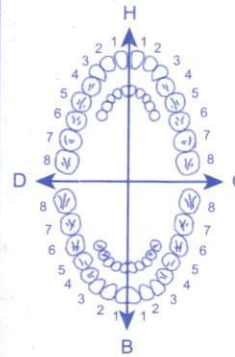
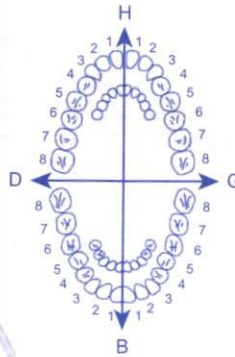
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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"/>														
				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</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	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"/>															

CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Ordonnance

Casablanca, le 16/5/23
Sebaoui Mahjoubah épouse Kaltoum

49,60

(1) Dعوة Forte

1A

17

PPV: 49,60 DH
LOT: 23A31
EXP: 01/2026

21/5/23

3 mois

21,00

(2)

Libre

LOT: 20177 PER: 12/2025
PPV: 21,00 DH

Dr. JKINI Hafida
Médecin généraliste
Hay Al Qods, Bd. Nabouls N° 51
Sidi Bernoussi - Casablanca
Tel.: 05 22 74 05 93

Hay Al Qods - Sidi Bernoussi
Casablanca - Tél.: 05 22 74 08 3

MAJESSHIH

(3)

0 - 1

27,00

LOT: 00923002
PER: 02/2026
PPV: 27,00 DH

44,00

(4)

Chau

Édition : Complète

Dossier n° 10552775 prélevé le 22/05/2023 à 10:03

Edité le 22/05/2023 à 15h49

Nom naiss. : SEBAOUI

Nom d'usage: SEBAOUI

Prénom: Mahjouba

DdN: 28/01/1973 (50 ans) - Sexe: F

fin de compte-rendu



mySYNLAB

Accéder en toute sécurité à vos résultats en ligne sur


mesresultats.synlab.fr

Votre identifiant MySynlab est : **F4265973**

PRELEVEMENTS A DOMICILE

Les laboratoires SYNLAB de la CUB assurent désormais, sans délai, tous les prélèvements à domicile sur prescription médicale.

RDV par téléphone auprès des laboratoires ou sur le site www.na.synlab.fr

SYNLAB 

DÉPISTAGE VIH

**SANS FRAIS
SANS ORDONNANCE
DANS TOUS LES LABOS**

Édition : Complète

Dossier n° 10552775 prélevé le 22/05/2023 à 10:03

Edité le 22/05/2023 à 15h49

Nom naiss. : SEBAOUI

Nom d'usage: SEBAOUI

Prénom: Mahjouba

DdN: 28/01/1973 (50 ans) - Sexe: F

Aspect du sérum :

limpide

-- SIEMENS

CHOLESTEROL TOTAL

2.04 g/l (< 1.9)

Colorimétrie enzymatique -- SIEMENS

5.28 mmol/l (< 4.92)

TRIGLYCERIDES

1.41 g/l (< 1.5)

Colorimétrie enzymatique -- SIEMENS

1.61 mmol/l (< 1.71)

*Changement de réactif le 28/02/23 : une antériorité obtenue avec l'ancien réactif ne figurera pas sur le compte-rendu

CHOLESTEROL HDL

0.48 g/l (> 0.45)

Colorimétrie enzymatique -- SIEMENS

1.24 mmol/l (> 1.16)



LDL CHOLESTEROL :

1.28 g/l

Calcul selon la formule de Friedewald -- SIEMENS

3.30 mmol/l

Objectifs thérapeutiques (2019 ESC/EAS Guidelines - 2019 EAS/EFLM consensus)

Risque CV LDL-C non HDL-C*

très élevé < 0.55 g/l et £ < 0.85 g/l

élevé < 0.70 g/l et £ < 1.00 g/l

modéré < 1.00 g/l < 1.30 g/l

£ : et réduction d'au moins 50% du LDL-C basal avant traitement

* : cible supplémentaire chez les patients avec une hypertriglycéridémie modérée (1.75 - 8.8 g/l) ou atteints de syndrome métabolique, d'obésité, de diabète ou de maladie rénale chronique

La société européenne de cardiologie recommande : l'arrêt du tabac, une alimentation saine et équilibrée comportant notamment des légumes, des fruits, du poisson, et des céréales complètes, une activité physique de 30-60 min par jour, un IMC entre 20 et 25kg/m2, un tour de taille <94cm pour les hommes et <80 cm pour les femmes, une PA<140/90mmHg, une HbA1c <7%

AMYLASE

82 U/L (< 118)

Colorimétrie G7 PNP -- SIEMENS

SEROLOGIE

SEROLOGIE TOXOPLASMOSE \

Chimiluminescence -- SIEMENS

IgG anti-toxoplasme

DOUTEUX

VERIFIE.

Taux des IgG

11.4 UI/ml

négatif <=4,4 douteux entre 4,5 et 12,9 positif >=13,0

IgM anti-toxoplasme

Négatif

Index

0.17

négatif <=0,69 douteux entre 0,7 et 1,29 positif >=1,30

Interpretation :

IgG douteuses. Absence d'IgM.

Sérologie équivoque.

En fonction du contexte clinique, le sérum peut être transmis à un laboratoire spécialisé pour réalisation d'un test de confirmation par immunoempreinte.

Chez la femme enceinte, en l'absence d'un test de confirmation mettant en évidence des IgG anti-toxoplasme, cette sérologie est à considérer comme négative.

Édition : Complète

Nom naiss. : SEBAOUI

Nom d'usage: SEBAOUI

Prénom: Mahjoubia

DdN: 28/01/1973 (50 ans) - Sexe: F

Mme SEBAOUI Mahjoubia

16 RUE BLUMEREL

33400 - TALENCE



ACCREDITATION ISO 15189 N° 8-3532
Liste des sites accrédités et portées disponibles
sur www.cofrac.fr.
Tous les résultats suivis du signe
sont couverts par l'accréditation.

Dossier n° 10552775 prélevé le 22/05/2023 à 10:03

Edité le 22/05/2023 à 15h49

Analyses Sanguines

Intervalles
de référence

Antériorités

HEMOSTASE

FIBRINOGENE

FIBRINOGENE 

3.37 g/l (2 à 4)

Technique chronométrique (STA LIQUID FIB) - AUTOMATE STAGO

Une augmentation du taux de fibrinogène peut être observée lors de la grossesse

D-DIMERES

D-DIMERES 

< 0,27 µg/ml (< 0.5)

Technique Immunoturbidimétrique latex (STA Liatest DDI-PLUS) - AUTOMATE STAGO

Tenir compte pour l'interprétation de l'incertitude de mesure de 20% au seuil décisionnel

- < 0.500 µg/ml : taux normal. Elément majeur d'exclusion du diagnostic de thrombose veineuse profonde en évolution et/ou d'embolie pulmonaire
l'étude clinique ADJUST-PE (2014) propose d'utiliser un seuil d'exclusion spécifique de l'âge pour les patients de plus de 50 ans : âge x 0.010 µg/ml
- > 0.500 µg/ml : taux non spécifique d'une thrombose veineuse ou d'une embolie pulmonaire (une augmentation du taux de D-Dimères est observée
avec l'âge et lors de la grossesse)

BIOCHIMIE

ACIDE URIQUE

ACIDE URIQUE 

51 mg/l (31 à 78)
303 µmol/l (184 à 464)

Colorimétrie uricase - SIEMENS

Recommandation de la Société Française de Rhumatologie:
pour les patients goutteux bénéficiant d'un traitement hypo-uricémiant, la valeur de l'uricémie doit être inférieure à 60 mg/l (360 µmol/l)

EXPLORATION D'UNE ANOMALIE LIPIDIQUE

Date : 16-5-2023

Nom / Prénom : SEBAOUI Mahjoub Age : Sexe : M ☐ F ☒

Groupage sanguin

- ☐ Groupe
- ☐ Rhésus
- ☐ RAI
- ☐ Phénotype Rhésus
- ☐ Coombs Indirect
- ☐ Coombs Direct

Hématologie/infectiologie

- ☐ NFS
- ☐ Plaquettes
- ☐ Electrophorèse de l'hémoglobine
- ☐ Réticulocytes
- ☐ VS
- ☐ CRP
- ☐ Procalcitonine

Bilan d'hémostase

- ☐ TP
- ☐ INR
- ☐ TCK
- ☒ Fibrinogène
- ☒ D-Dimères

Bilan lipidique

- ☒ Cholestérol total
- ☒ Cholestérol HDL
- ☒ Cholestérol LDL
- ☒ Triglycérides

Bilan glycémique

- ☐ Glycémie à jeun
- ☐ Hyperglycémie provoquée
- ☐ Hémoglobine glyquée

Bilan martial

- ☐ Fer sérique
- ☐ CTF
- ☐ Ferritine
- ☐ Transferrine

Ionogramme sanguin

- ☐ Na+
- ☐ K+
- ☐ Cl-
- ☐ Calcium
- ☐ Réserve Alcaline
- ☐ Phosphore
- ☐ Magnésium
- ☐ Magnésium érythrocytaire
- ☐ Protéines
- ☒ Acide urique

Ionogramme urinaire

- ☐ Diurèse
- ☐ Na+
- ☐ K+
- ☐ Cl-
- ☐ Calcium
- ☐ Phosphore
- ☐ Urée

Fonction rénale

- ☐ Urée
- ☐ Créatinine
- ☐ Clairance de la créatinine
- ☐ Protéinurie des 24h

Fonction hépatique et pancréatique

- ☐ ASAT
- ☐ ALAT
- ☐ Phosphatase alcaline
- ☐ Gamma GT
- ☐ Bilirubine libre et conjuguée
- ☐ 5' Nucléotidase
- ☒ Amylase
- ☐ Lipase
- ☐ Electrophorèse des protéines

Examen des urines

- ☐ ECBU
- ☐ ATB gramme
- ☐ Test de grossesse

Bilan hormonal

- ☐ Prolactine
- ☐ FSH
- ☐ LH
- ☐ Œstradiol
- ☐ βHCG
- ☐ T3
- ☐ T4
- ☐ TSH us

Sérologie et immunologie

- ☐ VDRL
- ☐ TPHA
- ☐ Hépatite A
- ☐ Hépatite B :
 - ☐ Antigène Hbs
 - ☐ Antigène Hbe
 - ☐ Anticorps Anti Hbc
 - ☐ Anticorps Anti Hbs
 - ☐ Anticorps Anti Hbe
- ☐ Hépatite C
- ☐ ASLO

Examen des selles

- ☐ Coprologie
- ☐ Parasitologie

Divers

- ☐ PSA
- ☐ Phosphatase acide
- ☐ Vitamine D2 ☐ Vitamine D3
- ☐ CPK
- ☐ Troponines
- ☐ BNP
- ☐ Pro BNP

Autres : S. Toxoplasma

FEUILLE D'HONORAIRES D'ACTES DE BIOLOGIE MEDICALE

N° 11103*02

Joindre à cette feuille la prescription des actes

0010552775

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE(E) ET LE MALADE (1)

Numéro d'immatriculation

Nom - Prénom

SEBAOUI Mahjoub

(suivi, s'il y a lieu,
du nom d'usage)

ADRESSE

16 RUE BLUMEREL

33400 TALENCE ()

CODE ORGANISME AFFILIATION

Nom et Adresse
de l'organisme
de paiement

Ne remplir qu'en cas d'accord entre mutuelle et régimes obligatoires

S'agit-il d'un accident
causé par un tiers ?

OUI Date

X NON

Si le malade est PENSIONNE DE GUERRE et si les soins
concernent l'affection pour laquelle il est pensionné, cocher cette case

SI LE MALADE N'EST PAS L'ASSURE(E)

CODE ORGANISME COMPLEMENTAIRE

Nom et Adresse
de l'organisme
complémentaire

NOM

Prénom

Date de naissance 28/01/73

PARTIE RESERVEE AU LABORATOIRE

IDENTIFICATION DU LABORATOIRE

SYNLAB BORDEAUX ATLANTIQUE

30 LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES

CONVENTIONNE

41 RUE PACARIS

33400 TALENCE

=> 33 3 70458 3 001 231 30

CAB. CONV. Z.I.S.D IK SPEC

NOM - Prénom - Qualité

ACTES RESERVES

(du directeur ou du directeur adjoint autorisé à les effectuer)

PRESCRIPTEUR : NOM et N°

Nom et qualité de l'exécutant des actes de prélèvement

PRELEVEUR INTERNE TECHNI. TECHNICIENNE

X

MALADIE MATERNITE ACCIDENT DU TRAVAIL MALADIE PROFESSIONNELLE

Indiquer la date prévue de l'accouchement ou la date de l'accident

ACTES DE PRELEVEMENT

FRAIS ACCESSOIRES

Date d'exécution des actes	Cotation des actes suivant nomenclature	Montant des actes	Majorations (nuit, dimanche jour férié)	Montant du dépassem. (D.E.)	Montant total des actes de prélèvement 5(2+3+4)	I.F. ou I.F.D.	I.D.	I.K.		Dépassement D.D.	Total des frais de déplacement
								Nombre	Montant		
22/05/23	1,50	3,78			3,78						

ACTES DE BIOLOGIE MEDICALE

ACTES EFFECTUES

0174(15) 0532(6) 0996(16) 1022(56)
1420(39) 1510(6) 9005(17) 9105(5)

Remboursement inférieur à 100 %	Remboursement à 100 %	Montant des actes hors nomenclature	Montant des actes effectués y compris les suppléments	Montant du dépassement D.E.
			12	13
93				
67				
			41,60	
			TOTAL (8+11+12+13)	
			45,38	€
			Part organisme obligatoire	
			Part organisme complémentaire	Part assuré
			Date de la prescription	Date de réception des examens
			16/05/23	22/05/23

Suppléments nuit, dimanche et jour férié

TOTAL DES COEFFICIENTS

NOM et N° du laboratoire transmetteur (à indiquer par le laboratoire exécutant)

160

REMBOURSEMENT

AU LABORATOIRE

Cachet « tiers payant »

X A L'ASSURE (E)
VIREMENT A UN COMPTE POSTAL, BANCAIRE OU DE CAISSE D'EPARGNE. Lors de la première
demande de remboursement, joindre le relevé d'identité correspondant.

AUTRE MODE DE PAIEMENT

Le remboursement des prestations de l'assurance maladie
exige l'enregistrement des données codées relatives aux
actes effectués et aux prestations servies. La Loi
« Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 s'applique
aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit
d'accès et de rectification pour les données vous
concernant auprès de votre organisme d'assurance
maladie.

Signature
de l'assuré(e)Signature du Directeur
du laboratoire attestant
l'exécution des actes et
le cas échéant le paiement

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (art. L377-1 du Code de la Sécurité Sociale, 441-1 du Code Pénal)

(1) se reporter à la carte d'assurance maladie (et pour les renseignements n'y figurant pas, à remplir selon les indications du malade)

FB01-02

IMP. COSTE AUBENAS

S 3131e