

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'H
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-785726

163717

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4504 Société : RAN
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : EL YASMI KHALID
 Date de naissance : 28-02-1963
 Adresse : LOT EL ASSIL RUE 3 N°135 MOHAMMADIA
 Tél. : 0661167423 Total des frais engagés : 1950,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. AIT SEDDIK Soaad
 Médecin généraliste
 Cachet du médecin : Central Park, BD Abdelmoumen
 Imm. D, N° 45, Mohammedia
 Tél: 05 23 27 18 99
 Date de consultation : 07/03/23
 Nom et prénom du malade : EL YASMI Rayhana Age: 13 ans
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
 Nature de la maladie : Carences
 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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

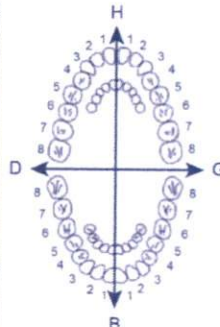
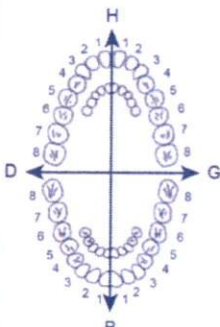


| RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES | | | | |
|--------------------------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
| 04/03/23 | C | 1 | 250,00 | INP : 061163382 Dr. AIT SEDDIK Soaadi Médecin généraliste Central Park 40 Abdoukader Hammam, D, N° 45, Mohammedia Tél: 05 23 27 18 99 |

| 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 LES ORCHIDÉES PR. OUFAC KECHABA BIOLOGISTE Res. Les Orchidées 4 Mohammedia Tél: 0523 31 66 66 - 052103 03 60 Fax: 003093353000053 | 19.5.23 | B 1330 | 1700 DH |

| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | | | |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| Cachet et signature du Particien | 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 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. 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"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |
| | H | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | G | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | | | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | |

INPE: 063065395 -- TP: 39401274 -- IF: 52493213 -- ICE: 003093353000058

FACTURE N° 0173/23

EDITEE le **19/05/2023**
Nom et prénom **MLLE EL YASMI RAYHANA**
Date de prélèvement **19/05/2023**
Référence **23C8**
Médecin prescripteur **Docteur SOAAD AIT SEDDIK**

| Acte de biologie demandé | Cotation (B) |
|---|--------------|
| NFS.HEMOGRAMME | 80 |
| TSHu.TSH ultrasensible.THYREOSTIMULINE | 250 |
| T3 LIBRE.TRIIODOTHYRONINE LIBRE (FT3) | 300 |
| T4 LIBRE.THYROXINE LIBRE (FT4) | 200 |
| VITAMINE D 25 HYDROXY-CHOLECALCIFEROL D2 + D3 | 450 |
| FERRITINE SERIQUE | 250 |
| Total du (B) | B 1530 |
| Prise de sang (PC) | 0,00 DH |
| Montant en DH | 1 700,00 DH |

Arrêtée la présente facture à la somme de: MILLE SEPT CENT DIRHAMS

LABORATOIRE LES ORCHIDÉES
DR. Ouafae KECHABA
BIOLOGISTE
Rés. Les Orchidées 4 Mohammedia
Tel. 0523 31 66 66 - 052103 03 60
ICE : 003093353000058

Dr. Soaad Aït Seddik

- Diplôme en médecine générale de la faculté de médecine et de pharmacie de Rabat
- Diplôme universitaire en nutrition et diététique de l'université de Versailles
- Diplôme universitaire en prévention du vieillissement pathologique de l'université Paris XI

د. سعاد أيت الصديق

- دكتورة في الطب العام من كلية الطب و الصيدلة من جامعة الرباط
- دبلوم جامعي في التغذية و الحمية من جامعة فرساي
- دبلوم جامعي في الوقاية من أمراض الشيخوخة من جامعة باريس XI

ORDONNANCE

Nom : Melle El Yasmi Rayhana

Date : 07/03/2023

Faire SVP dans 1 mois :

- 1/NFS +Plaquettes
- 2/Ferritinémie
- 3/TSH-FT4-FT3
- 4/Vitamine D

Dr. AIT SEDDIK Soaad

Médecin généraliste

Central Park, BD Abdelmoumen

Imm. D, N° 45, Mohammedia

Tél: 05 23 27 18 99

ICE : 002261665000037



061163382

LABORATOIRE LES ORCHIDÉES
DR. Ouafac KECHABA
BIOLOGISTE
Res. Les Orchidées 4 Mohammedia
Tel. 0523 34 66 66 - 052103 03 60
ICE : 003093353000058

La date de tous les documents émis est inchangeable.

Central Park, BD Abdelmoumen, Immeuble D, N 45, 6ème étage, Mohammedia
سنترال بارك، شارع عبد المومن، عمارة د، رقم 45، الطابق السادس، المحمدية
Email: soaad@draitseddik.ma Tél: 05 23 27 18 99 : الهاتف

Prélèvement du : 19/05/2023 à 09:00
Résultats édités le: 20/05/2023



MLLE EL YASMI RAYHANA

Dossier N° 23C8

Prescripteur: Docteur SOAAD AIT SEDDIK

Page: 3/3

25OH - VIT D Total (D2+D3) : **15,70** ng/ml 30 à 100 ng/ml
(Technique ELFA)

Antécédent du 03/03/23 - 07:39 : < 8,1 ng/ml

Interprétation:

30 - 100 ng/ml : Valeur souhaitable chez l'adulte
20 - 30 ng/ml : Statut vitaminique insuffisant
< à 20 ng/ml : Etat carenciel
Sup à 150 ng/ml : Effet toxique potentiel

FERRITINE SERIQUE : **10,04** ng/ml
(Technique ELFA)

Antécédent du 03/03/23 - 07:39 : 10,60 ng/ml

Interprétation

Femmes :

Avant la ménopause : 10-160 ng/ml
Après la ménopause : 20-280 ng/ml

Hommes :

20-250 ng/ml

Enfants:

A la naissance, la concentration est élevée (de 100 à 300 ng/ml) pour atteindre de 20 à 100 ng/ml en 6 mois à 1 an. A partir de 4 ans, les valeurs se rapprochent de celles de l'adulte.

Demande validée biologiquement par: **DR Ouafae KECHABA**

Total de pages: 3

LABORATOIRE LES ORCHIDEES
DR. Ouafae KECHABA
BIOLOGISTE
Rés. Les Orchidées 4 Mohammedia
Tel. 0523 31 66 66 - 052103 03 60
ICE : 003093353000058

Prélèvement du : 19/05/2023 à 09:00

Résultats édités le: 20/05/2023



Prescripteur: Docteur SOAAD AIT SEDDIK

Mlle EL YASMI RAYHANA

Dossier N° 23C8

Page: 2/3

HORMONOLOGIE
(Vidas-Biomérieux)

TSH ultrasensible : 2,01 $\mu\text{UI/ml}$ 0,25 à 5,00
(Technique ELFA)

Antécédent du 03/03/23 - 07:39 : 5,50 $\mu\text{UI/ml}$

Valeurs cibles de TSH durant la grossesse:

Trimestre 1 : 0.1 à 2,5

Trimestre 2 : 0.2 à 3,0

Trimestre 3 : 0.3 à 3,0

Il est à noter :

-Un pic physiologique à la naissance (100mUI/l), avec retour au niveau des valeurs de l'adulte après environ 5 jours.

THYROXINE LIBRE (T4L) : 18,10 pmol/l 10,60 à 19,40 pmol/l
(Technique ELFA)

TRIIODOTHYRONINE LIBRE (T3L) : 5,88 pmol/l 4,00 à 8,30 pmol/l
(Technique ELFA)

LABORATOIRE LES ORCHIDEES
DR. Ouafae KECHABA
BIOLOGISTE
Rés. Les Orchidées 4 Mohammedia
Tel. 0523 31 66 66 - 052103 03 60
ICE : 003093353000058

Prélèvement du : 19/05/2023 à 09:00

Résultats édités le: 20/05/2023



MLLE EL YASMI RAYHANA

Dossier N° 23C8

Prescripteur: Docteur SOAAD AIT SEDDIK

Page: 1/3

HEMATOLOGIE

HEMOGRAMME

(Horiba-Yumizen H550)

NUMERATION SANGUINE

Valeurs de référence 03/03/23 - 07:39

| | | | | |
|----------------------|-------|----------------------------------|----------------|------|
| GLOBULES BLANCS..... | 5 340 | /mm ³ | 4 000 à 11 000 | 8490 |
| GLOBULES ROUGES..... | 4,36 | M/mm ³ | 4,0 à 5,4 | 4,58 |
| HEMOGLOBINE..... | 13,2 | g/dL | 11,5 à 16,0 | 13,5 |
| HEMATOCRITE..... | 39,0 | % | 35,0 à 47,0 | 38,5 |
| VGM..... | 89,3 | μ ³ | 77 à 91 | 84,1 |
| TCMH..... | 30,0 | pg | 25 à 30 | 29,5 |
| CCMH..... | 34,0 | g/dL | 32 à 36 | 35,1 |
| PLAQUETTES..... | 262 | 10 ³ /mm ³ | 150 à 430 | 296 |

FORMULE LEUCOCYTAIRE

| | | | | |
|----------------------------------|-------|------------------|---------------|------|
| POLYNUCLEAIRES NEUTROPHILES..... | 53,9 | % | | |
| Soit | 2 878 | /mm ³ | 1 800 à 8 000 | 3252 |
| POLYNUCLEAIRES EOSINOPHILES..... | 2,5 | % | | |
| Soit | 134 | /mm ³ | 0 à 500 | 144 |
| POLYNUCLEAIRES BASOPHILES..... | 1,1 | % | | |
| Soit | 59 | /mm ³ | 0 à 200 | 127 |
| LYMPHOCYTES..... | 34,0 | % | | |
| Soit | 1 816 | /mm ³ | 1 200 à 6 500 | 4296 |
| MONOCYTES..... | 8,5 | % | | |
| Soit | 454 | /mm ³ | 200 à 1 200 | 671 |

LABORATOIRE LES ORCHIDEES

DR. Ouafae KECHABA
 BIOLOGISTE

Rés. Les Orchidées 4 Mohammedia

Tel. 0523 31 66 66 - 062103 03 60

ICE : 003093353000053