

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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-808027

70360

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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
15/05/23	Contrôle			INP : [Signature]

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
	15/05/2023	B 80,00	90,00

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.

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

CLINIQUE SPÉCIALISÉE MENARA

Oncologie Médicale - Hématologie - Radiothérapie
Curiethérapie - Dépistage des Cancers - Traitement de la Douleur
Centre de Médecine Nucléaire Pet CT Scanner - Gamma Caméra
Irathérapie - Centre de Radiologie Diagnostique et Interventionnelle

المصحة المختصة المنارة

الأنكولوجيا الطبية - وحدة فحص أمراض الدم
وحدة علاج الألم - العلاج بالأشعة - علاج بالأشعة الداخلية
مركز الطب النووي التصوير المقطعي بالإصدار البوزيتروني
مركز الأشعة

Marrakech, le : 15/05/2023

NOM : M^{me} LOTFI FOUZIA

● **Numération formule + Plaquettes**



● **Urée - Créatinine**



● **Bilan hépatique complet :**



Bilirubine totale, ASAT, ALAT, GGT, Phosphatases alcalines

● **Ionogramme :** Na⁺ ☐ K⁺ ☐ Cl⁻ ☐ Mg⁺ ☐ Ca⁺⁺ ☐ Phosphore ☐

Glycémie à jeun ☐ GPP ☐ Protéines ☐ Albumine ☐ Vitamine D ☐

EPP ☐ Triglycerides ☐ Cholesterol total ☐ HDL ☐ LDL ☐

Fer serique ☐ Ferritine ☐ Reserve alcaline ☐ VS ☐ CRP ☐ LDH ☐

● **Bilan d'hémostate :** TP ☐ PDF ☐ TCK ☐ Fibrinogène ☐ INR ☐

Marqueurs tumoraux : ACE ☐ CA19-9 ☐ CA 15-3 ☐ CA125 ☐ PSA ☐

AFP ☐ B-HCG ☐ Thyroglobuline ☐ Calcitonine ☐ NSE ☐ B2 microglobuline ☐

● **Sérologie de l'hépatite B** ☐ **Sérologie de l'hépatite C** ☐ **Sérologie HIV** ☐

Autre :
Pour le :

Dr. Najib BOURAS
Professeur en Oncologie
Chimiothérapie - Radiothérapie
Tel : 05 24 44 71 74
INPE : 05 24 44 71 74

البك حي المستشفى جليز (قرب مندوبية الصحة) - مراكش
19, Albek Quartier de l'hôpital (à côté de la délégation du Ministère de la Santé) - Guéliz Marrakech
Tél : 05 24 44 71 74 - الهاتف : Fax : 05 24 44 70 21 - الفاكس :

**BIOCENTRE****Dr Y. EL JAHIRI** Biologiste

- Spécialiste des Hôpitaux des Armées (Val De Grâce-Paris)
- Ex. Enseignant aux Facultés de Médecine - Rabat et Marrakech
- Ex. Biologiste à l'Hôpital Militaire Avicenne - Marrakech
- Diplôme Universitaire : "Assurance Qualité en Biologie Médicale. Université Paris V.
- Diplôme universitaire "Assistance Médicale à la Procréation: prise en charge clinique, biologique et génétique" Université de Montpellier-France.
- Diplôme Inter Universitaire : "Infertilité masculine et AMP" (Andrologie). Universités Toulouse et Montpellier.
- Diplôme Universitaire : "Auditeur qualité en biologie médicale (ISO15186 vs 2012). Université Paris Descartes - umôss

مختبر بيوسنتر للتحاليل البيولوجية الطبية
LABORATOIRE BIOCENTRE D'ANALYSES DE BIOLOGIE MÉDICALE

ICE : 001722324000022 - CNSS : 9197197 - IF : 68930216 - Patente : 45305467



N°34, Rce Al Hadika Al Koubra Rue Ibn Aicha, Gueliz - Marrakech

Tél. : 0524 45 80 81 - Gsm : 0662 19 80 55
Tél/Fax : 0524 45 70 79Email : laboratoirebiocentre@gmail.comSite Web : www.laboratoire-marrakech.com**Prescripteur :****INPE : 073061004****Dossier enregistré le :** 15-05-2023 à 17:27**Prélèvement le :** 15-05-2023 à 17:31**Lieu du prélèvement :** au labo**Edité le :** 15-05-2023 à 18:06**Mme LOTFI Fouzia****Né(e) le :** 02-05-1964 (59 ans)**Code patient :** 211110053**Dossier N° :** 230515094

NB : Pour les échantillons biologiques reçus, les résultats sont sous réserve d'une vérification de l'identité du patient par le prescripteur.

COMPTE RENDU D'ANALYSES

HEMATOCYTOLOGIE

NUMERATION FORMULE SANGUINE

(Automates PENTRA 80 XL (ABX) et SYSMEX XN550)

04-05-2023

GLOBULES ROUGES (RC)	2.38	10⁶/mm³	(3.80-5.90)	2.50
Hémoglobine (RC)	8.2	g/dL	(12.5-15.5)	8.8
Hématocrite (RC)	25	%	(37-47)	25
VGM (Volume globulaire moyen) (RC)	104	fL	(80-97)	101
TCMH (RC)	35	pg	(27-32)	35
CCMH (RC)	33	g/dL	(32-36)	35

GLOBULES BLANCS	2 100/mm³	(4 000-10 000)	3 200
Neutrophiles	44.5%	Soit 935/mm³	(1 500-7 000) 2 045
Eosinophiles	1.4%	Soit 29/mm³	(80-400) 42
Basophiles	0.5%	Soit 11/mm³	(0-100) 6
Lymphocytes	47.9%	Soit 1 006/mm³	(1 500-4 000) 998
Monocytes	5.7%	Soit 120/mm³	(200-1 000) 109
PLAQUETTES	234 000/mm³	(150 000-450 000)	174 000

Commentaire sur l'hémogramme:

NFS techniquement contrôlée sur deux automates et par deux techniques différentes.

A confronter aux données cliniques et thérapeutiques.

Validé par : **Dr Y. EL JAHIRI**

مختبر بيوسنتر للتحاليل البيولوجية الطبية
LABORATOIRE BIOCENTRE D'ANALYSES DE BIOLOGIE MÉDICALE
N°34, Rce Al Hadika Al Koubra,
Rue Ibn Aicha, Gueliz - Marrakech
Tél : 0524 45 80 81 - Fax : 0524 45 70 79
Gsm : 06 62 19 80 55



Note d'honoraires

Code patient : 211110053

Dossier du : 15-05-2023

Organisme :

Dr : P/ CLINIQUE MENARA

Patient : Mme LOTFI Fouzia

Récapitulatif des analyses			
CN	Analyse	Clé	Total
9105	Prélèvement sanguin	E11	11.00 MAD
0216	Numération formule	B80	88.00 MAD
Total			99.00 MAD

Total des B : 80 Coefficient : 1.10

Remise : -9.00

Total à Régler : 90.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : quatre-vingt-dix dirhams

مختبر بيوسنتر للتحاليل البيولوجية الطبية
 LABORATOIRE BIOCENTRE D'ANALYSES DE BIOLOGIE MEDICALE
 N°34, Rce Al Hadika Al Koubra,
 Rue Ibn Aicha, Guéliz - Marrakech
 Tel : 0524 45 80 81 - Fax : 0524 45 70 79
 Gsm : 06 62 19 80 55

Mme LOTFI Fouzia

Dossier N° : 230515094 Prélevé le : 15-05-2023 à 17:31

Edité le : 15-05-2023 à 18:06

(RC) : Résultat contrôlé

Validé par : **Dr Y. EL JAHIRI**
مركز بيوسنتر للتحاليل الطبية
LABORATOIRE BIOCENTRE ANALYSES DE BIOLOGIE MEDICALE
N°34, Rue Al Hadika Al Koubra,
Rue Ibn Aicha, Gueliz - Marrakech
Tel 0524 45 60 81 - Fax 0524 45 70 79
Csm : 06 62 19 80 55