

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.

N° W21-788664

171553

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03583

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Boukili ABDALLAH

Date de naissance :

04.05.56

Adresse :

16, Rue EDDARIR EL KABIR

ANFA

0019600003

11.09.00 Dhs

Total des frais engagés :

Autorisation CNDP N : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

X

Date de consultation :

X

Nom et prénom du malade :

X

Lien de parenté :

X

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie :

X

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.

Le : 19.10.2023

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 19/12/2023 | Opérations | 100 | 100000 | INP : 109411522641 An 2023 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

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

ANALYSES - RADIGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------------|------------------------------|------------------------|
| LABORATOIRE MASSIRA 18, Bd Al Massira Casablanca Tél: 0521 950 950 | 21/12/2023 | B 880 | 1100,00 Dhs |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/> |
|----------------------------|----------------|------------------|-------------|----------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| <img alt="Diagram of upper | | | | |

Docteur Selma ZAID

DERMATOLOGUE - VÉNÉROLOGUE

Diplômée de l'Université de Bruxelles (ULB)

Ancien Chef de Clinique des Hôpitaux de Lille

Ancienne Interne des Hôpitaux de Paris

Spécialiste des Maladies de la peau,
Sexuellement transmissibles.

Chirurgie des Cancers cutanés

Comblement des rides - Botox

Tests Allergies - Peau

الدكتورة سلمى زايد

طبيبة الجلد و الأمراض الجنسية

خريجة جامعة بروكسل للطب

مقيمة سابقة بمستشفيات باريز وليل

إختصاصية في أمراض الجلد، الشعر والأظافر

والحساسية والأمراض المتنقلة عبر الجنس

سرطان الجلد، الجراحة التجميلية

الاizer و زرع الشعر

تحاليل حساسية الجلد

Casablanca, le

19/6/2018

Q.sse R+ , Doulalch
femelle
11 ans
NFI Blgeez
hs glycerin

Younès 1 ère étage - Appart. N°2, Angle Rue Ibn Yahia al Ifrani et Rue Oumaima Sayah
à côté du resto Toscana - Q. Racine - Casablanca - Tél.: 05 22 39 84 09 / 05 22 39 41 41
E-mail : dr.selmazaid@gmail.com

LABORATOIRE MASSIRA
28, Bd Al Massira Al Khadra
Casablanca
Tél: 0522 950 950

LABORATOIRE MASSIRA
28 Bd ALMASSIRA AL KHADRA CASABLANCA
Tél : 05.22.95.09.50 – Fax : – Mail : contact@laboratoire-massira.ma
ICE : 002994215000069 Patente : 35704109 IF : 51665350 INPE : 063065122

FACTURE N° : 230001363

INPE : 063065122



CASABLANCA le 21-06-2023

Mme BOUKILI RIM

| Récapitulatif des analyses | | |
|-----------------------------------|--|------------|
| CN | Analyse | Clé |
| 0439 | Vitamine D | B450 |
| 9105 | Forfait traitement échantillon sanguin | E20 |
| 0216 | Numération formule | B80 |
| 0119 | Hémoglobine glycosylée | B100 |
| 0154 | Ferritine | B250 |

Total des B : 880

TOTAL DOSSIER : 1199 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : mille cent quatre-vingt-dix-neuf dirhams .

LABORATOIRE MASSIRA
28, Bd Al Massira Al Khadra
Casablanca
Tél: 0522 950 950

Date du prélèvement : 21-06-2023 à 08:50
Code patient : 20230621003
Né(e) le : 15-01-1997 (26 ans)



Mme BOUKILI RIM
 Dossier N° : 20230621003
 Prescripteur : Dr ZAID SELMA

HEMATOLOGIE

HEMOGRAMME (sur prélèvement sanguin veineux)

| | | |
|--|---|--|
| Hématies : (Yumizen H500 HORIBA Medical) | 4.590 T/l 4 590 000 /mm ³ | (4.100-5.200) (4 100 000-5 200 000) |
| Hémoglobine : | 12.2 g/dL | (11.9-15.6) |
| Hématocrite : | 35.8 % | (35.0-47.0) |
| VGM : | 77.9 μ3 | (80.0-97.0) |
| TCMH : | 26.6 pg | (>27.0) |
| CCMH : | 34.2 g/dL | (31.0-36.5) |
| RDW : | 14.0 % | (0.0-18.5) |
| Leucocytes : | 5 660 /mm ³ | (4 000-10 500) |
| Poly. Neutrophiles : Soit: | 53.9 % 3 051 /mm ³ | (1 800-7 300) |
| Poly. Eosinophiles : Soit: | 1.8 % 102 /mm ³ | (30-580) |
| Poly. Basophiles : Soit: | 1.4 % 79 /mm ³ | (0-230) |
| Lymphocytes : Soit: | 33.8 % 1 913 /mm ³ | (1 100-3 340) |
| Monocytes : Soit: | 9.1 % 515 /mm ³ | (300-1 010) |
| Plaquettes: | 185 000 /mm ³ | (150 000-500 000) |

20230621003 – Mme RIM BOUKILI

BIOCHIMIE SANGUINE

HbA1c : 5.0 % (4.0–6.0)
(Méthode H.P.L.C, Biorad D10)

Intervalles de références selon l'ANAES :

4.0 – 6.0 % : état non diabétique ou diabète très bien équilibré.

6.1 – 6.5 % : diabète bien équilibré.

6.6 – 8.0 % : diabète à surveiller. Modification du traitement à envisager en fonction de l'état clinique et du résultat du prochain contrôle d'HbA1c.

Sup. à 8 % : diabète non équilibré. Modification du traitement recommandé si un résultat équivalent est retrouvé lors du prochain dosage.

Ferritine 2.91 ng/ml (10.00–160.00)
(ELFA, Vidas BioMérieux)

MARQUEURS – VITAMINES

25-OH-Vitamine D (D2+D3) 39.2 ng/ml (30.0–100.0)
(ELFA, Vidas)

Carence : <20 ng/ml

Insuffisance: 20 à 29 ng/ml

Taux recommandé : 30 à 100 ng/ml

Surdosage : > 100 ng/ml



Rapport de patient

Bio-Rad DATE : 21/06/2023
D-10 HEURE : 14:38
N° Série: #DA6B014903 Version Logiciel : 4.20-2
Id. de l'échantillon : 11230621003
Date d'injection 21/06/2023 14:38
N° d'injection : 3 Méthode : HbA1c
N° de portoir : --- Position du portoir : 3

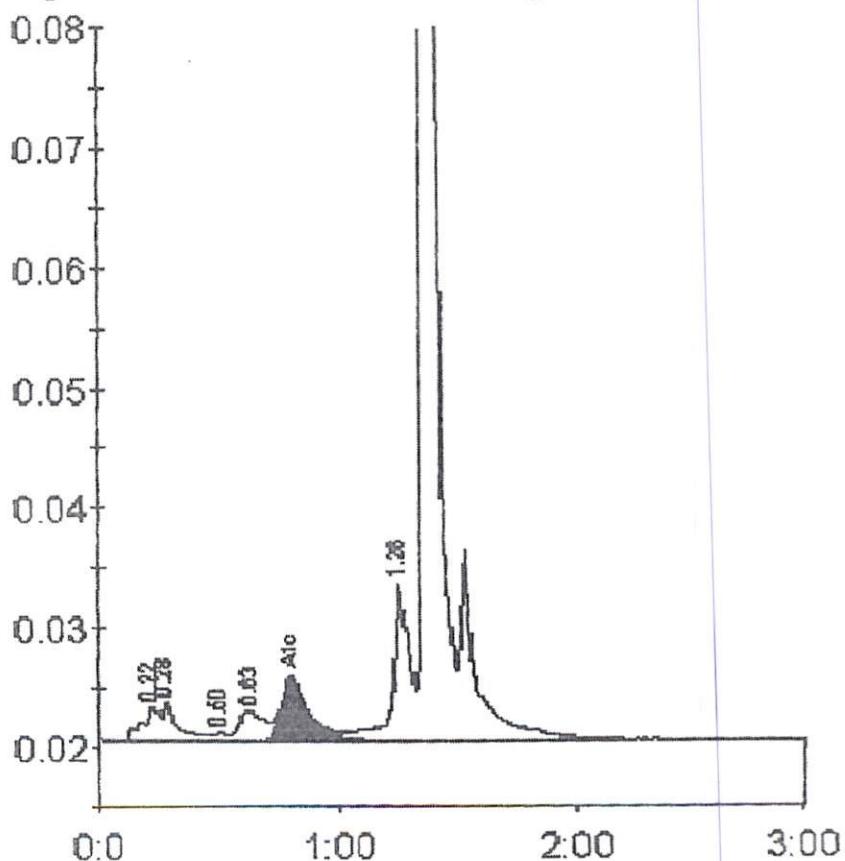


Table des pics - ID : 11230621003

| Pic | Tps.Ret | Hauteur | Aire | % Aire |
|-----|---------|---------|------|--------|
|-----|---------|---------|------|--------|

| | | | | | | | |
|--|-------|--------------------|------|------|-------|-------|--------------------------------|
| 28 bd. Al Massira Al Khadra Casablanca | Maroc | T +212 0 22 20 950 | 0.22 | 3007 | 15112 | 1.3 | contact@laboratoire-massira.ma |
| ICE: 009421500069 | | | 0.28 | 3390 | 51665 | 13452 | 1.1 |