

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 canalaire, 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 canalaire.

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 0048666

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7522

Société : RAM 172532

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : SABIR

MEHAMZED

Date de naissance :

Adresse : HABIT

Tél. : 06 64 45 13 37

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11/07/2023

Nom et prénom du malade : Sandra Nordin

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : BSA

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où le malade 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 : DEROUA

Le : 15/07/2023

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 11.07.23 | Ca | Ca | 15000 | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| PHARMACIE REGIONALE r. Saad BENJELLOUN 94, LOK KAIT N°4 DER TPE : 06 20 74 810 | 11.07.23 | 30760 |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
| | 12/07/23 | B 280 | 33500 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

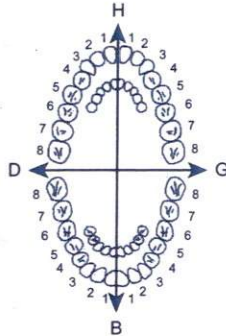
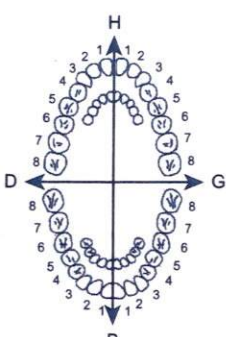
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | |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

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>H</td> <td></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>B</td> <td></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"/> | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Ahlam Zguiouar

Lauréate de la faculté
De Casablanca

Ex-Médecin Interne à l'hôpital
Moulay Youssef de Casablanca

Médecine Générale - Échographie

ECG- Suivi de grossesse- Diabète -hypertension artérielle
Conseil nutrition



الدكتورة أحلام ازكوار

خريجة كلية الطب

والدار البيضاء

كسبية داخلية مربية بمستشفى

مولاي يوسف والدار البيضاء

الطب العام - الفحص والصدى

تخطيط القلب - تتبع الحمل - مرض السكري و الضغط الحموي
لحمية العلاجية

ORDONNANCE

Déroua le... 11/07/2023

SAIDA Nour

NPS P40

Tg, Gl, HbA1c, Hb



26 تجزئة النسيم (بدر الخير) الطابق الأول الشقة 3 الدروة

26 Lotissement Nassim (bader el khayr) 1er Étage Appartement 3 Deroua

Tel: 07.00.86.13.43 Gsm: 06.76.67.07.80



L.A.M.M

Biochimie - Hématologie - Immunologie - Parasitologie - Mycologie - Bactériologie - Virologie

Prélèvement du : 12/07/2023 à 09:45

Résultats édités le: 13/07/2023



MME NOUADI SAIDA

Dossier N° 23G86

Age: 59 ans

Prescripteur: Docteur AHLAM ZGUIOUAR

Page: 2/2

BIOCHIMIE SANGUINE
(Sur Automate WIENER LAB® CM 250)

CHOLESTEROL TOTAL.....: 1,79 g/l

(Technique : Colorimétrie enzymatique)

Interprétation:

< à 20 ans : 1,20 - 1,85 g/l

20 à 40 ans : < à 2,00 g/l

> à 40 ans : < à 2,20 g/l

CHOLESTEROL HDL.....: 0,46

g/l (*)

N : > à 0,50 g/l

(par précipitation-dosage direct)

1,19

mmol/l

N : > à 1,30 mmol/l

CHOLESTEROL LDL.....: 1,07

g/l

(Technique : Dosage par précipitation)

2,76

mmol/l

Le niveau du LDL-c sera interprété en fonction du niveau de risque cardio-vasculaire global évalué à l'aide de la table SCORE ou des facteurs de risque cardio-vasculaire (HAS, février 2017)

Objectifs de LDL-c en fonction du niveau de risque CV

Risque cardiovasculaire

valeur cible du LDL-c

Faible

< 1,9 g/L ou 4,9 mmol/L

Modéré

< 1,3 g/L ou 3,4 mmol/L

Élevé

< 1,0 g/L ou 2,6 mmol/L

Très élevé

< 0,7 g/L ou 1,8 mmol/L

TRIGLYCERIDES.....: 1,31

g/l

0,40 à 1,50

(Technique enzymatique LPL-GK)

1,49

mmol/l

0,46 à 1,71

NB: Risque de pancréatite aiguë si TG = ou > 5 g/L (ou 5,6 mmol/L)

Total de pages: 2





Prélèvement du : 12/07/2023 à 09:45

Résultats édités le: 13/07/2023



MME NOUADI SAIDA

Dossier N° 23G86

Age: 59 ans

Prescripteur: Docteur AHLAM ZGUIOUAR

Page: 1/2

HEMATOCYTOLOGIE

(Sur Automates Sysmex XS-1000i, Sysmex KX-21N)

NUMERATION SANGUINE

Valeurs de référence

| | | | |
|----------------------|-------|-------------------|----------------|
| GLOBULES BLANCS..... | 6 540 | /mm ³ | 4 000 à 10 500 |
| GLOBULES ROUGES..... | 4,97 | M/mm ³ | 3,8 à 5,4 |
| HEMOGLOBINE..... | 13,3 | g/dL | 11,7 à 16,0 |
| HEMATOCRITE..... | 40,5 | % | 34,0 à 50,0 |
| VGM..... | 81,5 | μ ³ | 77,0 à 98,0 |
| TCMH..... | 26,8 | pg | 24,0 à 33,0 |
| CCMH..... | 32,8 | g/dL | 32 à 36 |

FORMULE LEUCOCYTAIRE

| | | | |
|----------------------------------|-------|------------------|---------------|
| POLYNUCLEAIRES NEUTROPHILES. | 35,5 | % | |
| Soit | 2 322 | /mm ³ | 1 800 à 7 500 |
| POLYNUCLEAIRES EOSINOPHILES..... | 0,9 | % | |
| Soit | 59 | /mm ³ | 0 à 550 |
| POLYNUCLEAIRES BASOPHILES..... | 0,3 | % | |
| Soit | 20 | /mm ³ | 0 à 100 |
| LYMPHOCYTES..... | 50,6 | % | |
| Soit | 3 309 | /mm ³ | 1 200 à 4 300 |
| MONOCYTES..... | 12,7 | % | |
| Soit | 831 | /mm ³ | 200 à 1 000 |

PLAQUETTES

| | | | |
|-----------------------------------|------|----------------------------------|------------|
| Numération..... | 259 | 10 ³ /mm ³ | 150 à 450 |
| VPM(volume plaquettaire moyen)... | 11,9 | fL | 8,0 à 13,0 |



LABORATOIRE MAKHLOUF

D'ANALYSES MEDICALES



L.A.M.M

مختبر مخلوف

للتحليلات الطبية

Biochimie - Hématologie - Immunologie - Parasitologie - Mycologie - Bactériologie - Virologie

DEROUA le: 12/07/2023

FACTURE N° 2726/23

Médecin

Docteur AHLAM ZGUIOUAR

Nom du patient

MME NOUADI SAIDA

Examens

- NFS- BL

Cotation

B 280

Montant

335,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de: TROIS CENT TRENTE CINQ DIRHAMS



ICE : 002397299000057

INPE



Docteur Ahlam Zguiouar

Lauréate de la faculté
De Casablanca

Ex-Médecin Interne à l'hôpital
Moulay Youssef de Casablanca

Médecine Générale - Échographie

ECG - Suivi de grossesse - Diabète - hypertension artérielle
Conseil nutrition



الدكتورة أحلام ازكوار
خريجة كلية الطب
بالحار البيضاء
كسبية داخلية ماربة بمسشفى
مولاي يوسف بالحار البيضاء
الطب العام - الفحص والصدر
تخطيط القلب - تتبع الحمل - مرض السكري و الضغط الدموي
الحمية العلاجية

ORDONNANCE

Déroua le... 11/07/2023

Dr. Ahlam Zguiouar

79.90

Natrium 1/15

1.5

82.10

Emc 60 g

1-0-0-72

16.6

Trimet 1/15

1.5

Amf 1/15

99.00

Colmog

1/15

1.5

307.60

LA PHARMACIE REGIONALE
Dr. Saad BENJELLOUN
Km. 94, Lot NAIT N°4-DEROUA
Tel: 05 22 51 47 07



26 تجزئة النسيم (بدر الخير) الطابق الأول الشقة 3 الدروة


26 Lotissement Nassim (bader el khayr) 1er Étage Appartement 3 Deroua

Tel: 07.00.86.13.43 Gsm: 06.76.67.07.80

14011124



6 118001 130184

NATRIXAM 1,5 mg / 5 mg 
30 comprimés à Libération Modifiée
PPV : 79,90 DH

CALMAG

LOT: 000532
EXP: 07/2025 PPC: 99,000H



CALMAG

82,10

LOT : 3196
PER : 09 - 27
P.P.V : 46 DH 60