

# 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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.

M22- 0029406

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7035 Société : R 173118  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
Nom & Prénom : OUALI LAHCEN  
Date de naissance : 27.01.1961  
Adresse : BLOC A1 N° 307 JIHADIA DCHAIRIA  
Tél. : 0666716970 Total des frais engagés : 535,80 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

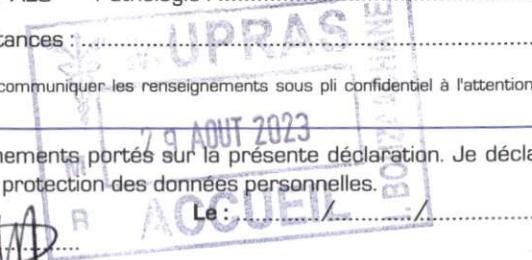
Cachet du médecin :   
**Dr. OUDI AHMED AMINE**  
 Neurochirurgie  
 Imm. Ennahil ,Angle Med V et AV.  
 Des Far 3 Ème étage N°8 inezgane  
 Tel : 05 28 33 22 42 - INPE : 141148064  
 ICE : 003259538000089

Date de consultation : 03.08.2023  
 Nom et prénom du malade : SOLHI SAADIA Age :  
 Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant  
 Nature de la maladie : lombosciase  
 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) : 



8-AOUT-2023

ACCUEIL BO

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
03/08/13	C		Dr. AHMED ABBAS Neurochirurgie 3 Eme étage N°8 Inezgane 14114806	MOUADI AHMED ABBAS Neurochirurgie 3 Eme étage N°8 Inezgane 14114806

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Formulateur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE AL FETOUIAKI</b> <b>DI. M. BOUBRAY</b> <b>Bd. A. Baker Bey, Bosalam</b> <b>Al-Jazira - Bechera</b> <b>Tél: 05 28 33 84 49</b> <b>NPE 042023671</b>	07/08/23	246,87

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																																																																																																																												
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																																																																																																																												
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																																																																																																																												
<b>SOINS DENTAIRES</b>  	<b>Dents Traitées</b>  <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																																									<b>Nature des Soins</b>  <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																																									<b>Coefficient</b>  <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																																									<b>CŒFFICIENT DES TRAVAUX</b>
				<input type="text"/>																																																																																																																								
<b>MONTANTS DES SOINS</b>					<input type="text"/>																																																																																																																							
				<input type="text"/>																																																																																																																								
<b>DEBUT D'EXECUTION</b>					<input type="text"/>																																																																																																																							
				<input type="text"/>																																																																																																																								
<b>FIN D'EXECUTION</b>					<input type="text"/>																																																																																																																							
				<input type="text"/>																																																																																																																								
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b>					<b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b>																																																																																																																							
					<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553																																																																																																											
H	25533412	21433552																																																																																																																										
D	00000000	00000000																																																																																																																										
B	00000000	00000000																																																																																																																										
G	35533411	11433553																																																																																																																										
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession					<b>CŒFFICIENT DES TRAVAUX</b>																																																																																																																							
				<input type="text"/>																																																																																																																								
<b>MONTANTS DES SOINS</b>					<input type="text"/>																																																																																																																							
				<input type="text"/>																																																																																																																								
<b>DATE DU DEVIS</b>					<input type="text"/>																																																																																																																							
				<input type="text"/>																																																																																																																								
<b>DATE DE L'EXECUTION</b>					<input type="text"/>																																																																																																																							
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>					<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>																																																																																																																							

Dr. El Mghari Moulay Abdellaziz

## SPECIALISTE EN BIOLOGIE CLINIQUE

DIPLOME EN BIOCHIMIE CLINIQUE, HEMATOLOGIE,  
BACTÉRIOLOGIE, VIROLOGIE PARASITOLOGIE, MYCOLOGIE,  
IMMUNOLOGIE, MALADIES AUTO-IMMUNES ET TOXICOLOGIE CLINIQUE

DIPLOME DE L'UNIVERSITÉ DE MARSEILLE

DIPLOME DE L'UNIVERSITÉ UCL DE MEDECINE DE BRUXELLES

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE BRUXELLES

ANCIEN ASSISTANT A L'UNIVERSITÉ DE MEDECINE UCL DE BRUXELLES



043000041

## الدكتور مولاي عبد العزيز المغاربي

## اختصاصي في التحاليل الطبية

اختصاصي في علم الدم والمناعة ، الكيمياء الإحيائية ،  
البكتériologie ، الفيروlogie ، الميكروبولوجيا الإمنولوجيا  
الطفيليات والمسككولوجيا الطبية

خريج بكلية مرسيلا

خريج بكلية الطب ببروكسل

داخلي سابقًا بمستشفيات بروكسل

ملحق سابقًا بكلية الطب UCL ببروكسل

4CY5555

Référence : 308040655

Edition du : 04/08/2023

## Mme SOLHI SAADIA

Age : 60A

Prélèvement du : 04/08/2023

Préscripteur : Dr. DAOUDI AHMED AMINE

**HEMATOLOGIE**

## Analyses

## Résultats

## Normes

## Antécédents

**NUMÉRATION GLOBULAIRE**

(BC-6800 Auto Hematology Analyser)

Globules blancs.....	<b>9250</b>	/mm3	(4000 - 10000)
Globules rouges.....	<b>4.88</b>	M /mm3	(4.00 - 5.40)
Hémoglobine.....	<b>13.8</b>	g/dl	(12.0 - 16.0)
Hématocrite.....	<b>42.4</b>	%	(35 - 47)
Volume globulaire (VGM) .....	<b>87</b>	μ3	(76 - 95)
Charge (TGMH) .....	<b>28</b>	pg	(26 - 32)
Concentration (CGMH) .....	<b>33</b>	%	(32 - 36)

**FORMULE LEUCOCYTAIRE**

(BC-6800 Auto Hematology Analyser)

Polynucléaires neutrophiles.... soit.....	<b>52.4</b>	%	(52 - 68)
	4847	/mm3	(2700 - 6200)
Polynucléaires éosinophiles.... soit.....	<b>4.3</b>	%	(1 - 3)
	398	/mm3	(50 - 250)
Polynucléaires basophiles.... soit.....	<b>0.6</b>	%	(0 - 1)
	56	/mm3	(15 - 59)
Lymphocytes..... soit.....	<b>36.9</b>	%	(26 - 38)
	3413	/mm3	(1400 - 3400)
Monocytes..... soit.....	<b>5.8</b>	%	(4 - 8)
	537	/mm3	(150 - 600)
total...	<b>100</b>		

**NUMÉRATION DES PLAQUETTES**

(BC-6800 Auto Hematology Analyser)

Plaquettes.....	<b>373000</b>	/mm3	( 150000 - 400000 )
-----------------	---------------	------	---------------------

**VITESSE DE SÉDIMENTATION**

(Automate ROLLER 20 PN)

VS 1ère heure.....	<b>16</b>	mm	( < 7 )
VS 2ème heure.....	<b>37</b>	mm	( < 7 )

Les valeurs de référence de la VS sont fonction de l'âge et du sexe.

Homme : VS &lt; Age / 2 ; Femme : VS &lt; ( Age + 10 ) / 2

SPECIALISTE EN BIOLOGIE CLINIQUE

Imm. Al Wifaq, N°5,6

Av. Moulay Hassan 1 AGADIR

Tél: 05 28 25 97 65



INP

ES

ES&lt;/div

Dr. El Mghari Moulay Abdelaziz

SPECIALISTE EN BIOLOGIE CLINIQUE

DIPLOME EN BIOCHIMIE CLINIQUE, HEMATOLOGIE,  
BACTÉRIOLOGIE, VIROLOGIE PARASITOLOGIE, MYCOLOGIE,  
IMMUNOLOGIE, MALADIES AUTO-IMMUNES ET TOXICOLOGIE CLINIQUE  
DIPLOME DE L'UNIVERSITÉ DE MARSEILLE  
DIPLOME DE LIUNIVERSITE UCL DE MEDECINE DE BRUXELLES  
ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE BRUXELLES  
ANCIEN ASSISTANT A L'UNIVERSITÉ DE MEDECINE UCL DE BRUXELLES



043000041

الدكتور مولاي عبد العزيز المغاربي  
اختصاصي في التحاليل الطبية

الختصاصي في علم الدم والمناعة ، الكيمياء الإحيائية ،  
البكتيرiology الفيروسي ، الميكروبولوجيا الإمنولوجيا  
الطفليات والتسلكولوجيا الطبية

خريج بكلية مرسيليا

خريج بكلية UCL لطب بركلس

داخلي سابق بمستشفيات بركلس

ملحق سابق بكلية الطب UCL بركلس

4CY5555

Référence : 308040655

Edition du : 04/08/2023

Mme SOLHI SAADIA

Age : 60A

Prélèvement du : 04/08/2023

Préscripteur : Dr. DAOUDI AHMED

AMINE

## BIOCHIMIE SANGUINE

Analyses	Résultats	Normes	Antécédents
Glycémie (à jeun) .....	<b>0.91</b>	g/l	( 0.75 à 1.15)
Roche COBAS 6000 analyzer series			
soit.....	5.05	mmol/l	
Hémoglobine glyquée (HbA1c) ..	<b>5.7</b>	%	
Technique de référence HPLC ( BIORAD )			

Interprétation des résultats :

- 4-6% : Intervalle non diabétique
- 6,5% : Excellent équilibre glycémique (DNID)
- 7,0% : Excellent équilibre glycémique (DID)
- 8-9% : Assez bon équilibre glycémique
- 9-10% : Equilibre glycémique médiocre
  - Action corrective suggérée (\*\*)
- > 10% : Mauvais équilibre glycémique
  - Action corrective nécessaire (\*\*)

(\*\*) Risque élevé de développer des complications cardiovasculaires  
à long terme comme des rétinopathies, néphropathies, neuropathies  
et cardiopathies .

Dr. EL MGHARI Moulay Abdelaziz  
SPECIALISTE EN BIOLOGIE CLINIQUE  
Imm. Al Wifaq N°5,6  
Av. Moulay Hassan 1 AGADIR  
Tél: 05 28 25 97 65  
Email: labelmghari@gmail.com

INP



043000041

المختبر مفتوح من 7H30 إلى 19H استخلاص الدم في المختبر والمنزل  
LE LABORATOIRE EST OUVERT DE 7H30 À 19H - PRELEVEMENT AU LABORATOIRE ET À DOMICILE

عمارة الوفاق رقم 5 - 6 - شارع مولاي الحسن الأول الطريق الرئيسية ( أمام إدارات الداخلية ) أكادير

Imm. Al wifaq n° 5,6 - Av. My Hassan 1er Autoroute de Dakhla (en face des Administrations de Dakhla) AGADIR

Tél. : 05 28 23 97 64/65 - Fax: 05 28 23 97 65 - E-mail:labelmghari@gmail.com - Patente : 48136181 - ICE: 001591578000043

**Dr Daoudi Ahmed Amine**

**Neurochirurgien**

**Chirurgie du Cerveau et de la Colonne Vertébrale**

**Ancien interne du CHU de Fes**

**Ancien interne du CHU Pitié Salpêtrière à Paris**



صادر عن

**Adultes et Enfants**

**الدكتور الداودي أحمد أمين**  
**جراحة الدماغ والأعصاب والعمود الفقري**

طبيب داخلي بالمستشفى الجامعي الحسن الثاني بفاس

طبيب داخلي سابق بالمستشفيات الجامعية بباريس

Inezgane le : 03/08/2023

Nom et Prénom : Mme SOLHI SAADIA

**Faire S.V.P:**

**N.F.S**

**VS**

**Glycémie à jeûn**

**Hémoglobine glyquée (HbA1C)**

LABORATOIRE EL MGHARI  
D'ANALYSES MEDICALES  
Imm. Al Nifaa N°55,6  
Av. Moulay Hassan I AGADIR  
Tel: 05 28 25 97 65  
Email: labelmghari@gmail.com



**DR.DAOUDI AHMED AMINE**  
Neurochirurgie  
Immeuble Annakhil Angle Med V et AV.  
Des Far . 3 Eme étage N° 8 Inezgane  
Tel : 05 28 33 22 42 - INPE : 141148064  
ICE : 003259538000089

شارع الجيش الملكي عمارة التخليل الطابق الثالث رقم 8 إنزكان  
Avenue des F.A.R Immeuble Annakhil 3<sup>ème</sup> étage N° 8 Inezgane  
Tél.: 05 28 33 22 42 / 06 66 02 16 44  
daoudi.amine@gmail.com

**Dr Daoudi Ahmed Amine**  
Neurochirurgien

Chirurgie du Cerveau et de la Colonne Vertébrale

Ancien interne du CHU de Fes

Ancien interne du CHU Pitié Salpêtrière à Paris



صغار وشبار  
Adultes et Enfants

الدكتور الداودي أحمد أمين  
جراحة الدماغ والأعصاب والعمود الفقري

طبيب داخلي بالمستشفى الجامعي الحسن الثاني بفاس  
طبيب داخلي سابق بالمستشفيات الجامعية بباريس

Inezgane le : 03/08/2023

Nom et Prénom : Mme SOLHI SAADIA

## ORDONNANCE

### 1 ) ALYSE 75MG

1 - 0 - 0 pdt 07j  
1 - 0 - 1 pdt 01 mois

### 2 ) MOBIC 15 MG

1 cp /j pdt 10 jours

### 3 ) RELAXOL 500 MG / 2 MG BT 20 CPS

2 cp x 2/j pdt 21 jours

### 4 ) ESIUM 20MG

1 gel/j pdt 21j



INPE 0420



DR.DAoudi AHMED AMINE  
Neurochirurgie  
Imm. Ennahil Angle Blvd V et AV.  
Des Far , 3 Ème étage N° 8 Inezgane  
Tel : 05 28 33 22 42 - INPE : 05 28 33 22 42 - ICE : 003259538000089



شارع الجيش الملكي عمارة النخيل الطابق الثالث رقم 8 إنرزكان

Avenue des F.A.R Immeuble Annakhil 3<sup>ème</sup> étage N° 8 Inezgane

Tél.: 05 28 33 22 42 / 06 66 02 16 44

daoudi.amine@gmail.com

# LABORATOIRE EL MGHARI D'ANALYSES MEDICALES ET SCIENTIFIQUES

Imm. Al Wifaq N° 5,6 - Av. My Hassan 1er Autoroute de Dakhla (en face des Administrations de Dakhla) - AGADIR

Tél.: 0528 23.97.64/65 - Fax : 0528 23.97.65 - E-mail: labelmghari@gmail.com - Patente : 48136181

Identification fiscale : 75757580- N° R.C. : 31012- N° TVA : 270074- N° CNSS : 2694257- N° ICE: 001591578000043

N° Compte bancaire : SOCIETE GENERALE AV. HASSAN IER AL MASSIRA 022 010 000 223 00 050028 09 25

**INP : 043000041**

**Facture** 9224

AGADIR Le : 04/08/2023

Analyses effectuées le: 04/08/2023

Pour.....: **Mme SOLHI SAADIA**

Sur prescription du : Dr DAOUDI AHMED AMINE

Code.....: 4CY5555



Matricule.....:

## Bilan:

NFP=B80 VS=B30 GLY=B30 HBA1C=B100

**Total : B 240**

**Montant Net : 289.00 Dh**

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

**DEUX CENT QUATRE VINGT NEUF Dhs 00 Cts**

LABORATOIRE EL MGHARI  
D'ANALYSES MEDICALES  
Imm. Al Wifaq N°5,6  
Av. Moulay Hassan 1<sup>er</sup> AGADIR  
Tel: 0528 23.97.65  
Email: labelmghari@gmail.com

INP  
043000041