

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M23-0019505

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 04586

Société :

RAM 189297

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

RAHMOUNI HASSAN

Date de naissance :

01-01-1960

Adresse :

BLOC 4 N° 12 DEROUA

Tél. : 0654 24 9673

Total des frais engagés :

870

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

27/12/2023

Nom et prénom du malade :

FATIMA ZAHRAA RAHMOUNI

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

trouble du cycle

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 :

DEROUA

Signature de l'adhérent(e) :


[Signature]

Le :

01/01/2024

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
27/12/2023	CS	1	300DH	

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
	28/12/23	B: 648	570DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

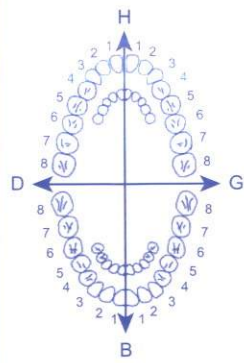
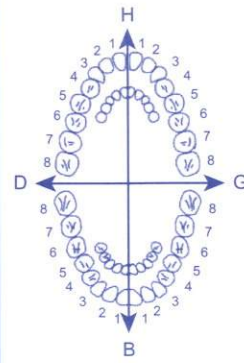
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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>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>B</td> <td></td> </tr> </table>		H	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	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

Dr. Fatiha El Miski

Spécialiste en Gynécologie Obstétrique
Diplômée de la Faculté de
Médecine de Casablanca
Ancien médecin résidente
Du CHU Ibn Rochd



الدكتورة فتيحة المسكي

أخصائية أمراض النساء والتوليد
خريجة كلية الطب بالدار البيضاء
طبيبة سابقة بالمستشفى
الجامعي ابن رشد

DEROUA le: 27.12.2023

ORDONNANCE

M

FATIMA ZAHRA RAH NOUNI

1/ Cholesterol total
LDL TG

2/ proactinémie

3/ TSHas



Dr Fatiha El Miski
Spécialiste en Gynécologie
Obstétrique
Lotissement Nabila Mekhlouf 2 n°262
1^{er} étage Deroua

Lotissement Nabila Mekhlouf 2 N°262 1^{er} étage Deroua.

تجزئة نبيلة مخلوف 2 الرقم 262 الطابق الأول الدروة

FIX: 05 22 03 78 78 / Urgences : 06 69 96 52 51 / Email: cabinet.dreilmiski@gmail.com

LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES DEROUA

Lotissement ELWAHDA 2 – N°252 - (Près du Centre de Santé) - DEROUA

Tél : 05 22 51 49 09 - Fax : 05 22 51 45 35 - E-mail : laboratoire.deroua@gmail.com

Patente n° 55807051 - RC n° 19424 - CNSS n°4296100 - Identifiant fiscal n° 15218409

ICE : 001850656000092 – RIB : 190794212114231562003984

**FACTURE N° : 000057368**

ICE : 001850656000092

INPE : 063061733

Deroua le 28-12-2023

Mlle Fatima Zahraa RAHMOUNI

Demande N° 2312280008

Date de l'examen : 28-12-2023

Analyses :

Récapitulatif des analyses		
CN	Analyse	Clé
9005	Forfait de prise en charge pré-analytique du patient	B8
0106	Cholestérol total	B30
0109	Cholestérol L D L	B50
0158	Prolactine	B250
0134	Triglycérides	B60
0164	TSH us	B250

Total des B : 648**Montant total payé : 570DH****Type du règlement : Espèces****Arrêtée la présente facture à la somme de : cinq cent soixante-dix dirhams**

Dr. Hanane NOUGA

Médecin Spécialiste en Biologie Médicale

D.U. Qualité Biologie Médicale - Paris VI

Biochimie clinique - Hormonologie - Immunologie

Hématologie Biologique - Bactériologie médicale

Virologie médicale - Parasitologie - Mycologie

د. حنان انويثة

طبيبة اختصاصية في التحاليل الطبية

دبلوم الجودة من جامعة باريس 6

الكيمياء الحيوية السريرية - علم الهرمونات - علم الدم البيولوجي

علوم البكتيريا و الفيروسات - علوم الطفيليات و الفطريات الطبية

Saisi le : 28-12-2023 08:53

2304260037

Mlle RAHMOUNI Fatima Zahraa

Prélevé le : 28-12-2023 09:54
dom



Né(e) le : 21-05-2004

N° de dossier : 2312280008

Edité le : 28-12-2023 à 13:28

INPE 063061733

Prescripteur : Dr EL Miski Fatiha, Deroua

BIOCHIMIE SANGUINE

Aspect du sérum

Limpide

Cholestérol total

(Colorimétrique enzymatique - KONELAB)

1,50 g/L

(<2,20)

3,88 mmol/L

(<5,69)

LDL-cholestérole

(Colorimétrique enzymatique / Précipitation)

0,67 g/L

(<1,60)

1,74 mmol/L

(<4,15)

Objectifs thérapeutiques à atteindre selon les recommandations AFFSAPS de mars 2005 :

- 0 Facteur de risque : LDL < 5,70 mmol/L (2,20 g/L)
- 1 Facteur de risque : LDL < 4,90 mmol/L (1,90 g/L)
- 2 Facteurs de risque : LDL < 4,14 mmol/L (1,60 g/L)
- Plus de 2 facteurs de risque : LDL < 3,36 mmol/L (1,30 g/L)
- Antécédent de maladie cardiovasculaire avérée : LDL < 2,58 mmol/L (1,00 g/L)

Triglycérides

(Colorimétrique enzymatique: Lipase/POD - KONELAB)

0,38 g/L

(<1,50)

0,43 mmol/L

(<1,71)

HORMONOLOGIE - VITAMINES

Prolactine

(Dosage ELFA/ VIDAS)

38,35 ng/mL

(5,00-35,00)

Réalisé après un repos de 20 mn

NB: Tenir compte d'un stress éventuel lors du prélèvement et des hyperprolactinémie liées à la prise de certains médicaments

NB/ Hl est recommandé de faire un contrôle dans 1 mois si besoin



Dr. Hanane NOUIGA

Médecin Spécialiste en Biologie Médicale

D.U. Qualité Biologie Médicale - Paris VI

Biochimie clinique - Hormonologie - Immunologie

Hématologie Biologique - Bactériologie médicale

Virologie médicale - Parasitologie - Mycologie

د. حنان انويغة

طبيبة اختصاصية في التحاليل الطبية

دبلوم الجودة من جامعة باريس 6

الكيمياء الحيوية السريرية - علم الهرمونات - علم الدم البيولوجي

علوم البكتيريا و الفيروسات - علوم الطفيليات و الفطريات الطبية

Mlle RAHMOUNI Fatima Zahraa, N° de dossier : 2312280008, édité le : 28-12-2023

TSH us

(Chimiluminescence / Access 2 – Beckman Coulter)

1,543 mUI/L

(0,380–5,330)

Tenir compte de la grossesse et de de l'âge pour se référer aux valeurs physiologiques de la TSH

– Hyperthyroïdie: TSH < à 0.15 mUI/L

– Hypothyroïdie: TSH > à 7.77 mUI/L

Les Normes selon les tranches d'âge:

– Nouveau né: 0.7 à 15.2

– de 1 à 3 mois: 0.72 – 11.00

– de 4 à 12 mois: 0.73 – 8.35

– de 1 an à 6 ans: 0.7 – 5.97

– de 7 ans à 11 ans: 0.6 – 4.84

Pour une femme enceinte l'intervalle de référence varie selon les trimestres de grossesse comme suit:

– T1: de 0.05 à 3.7 – T2: de 0.31 à 4.35 – T3: de 0.41 à 5.18

Chez un Nouveau né, la TSH augmente à la 30 minute de vie (80 mUI/L) puis retourne à la normale vers 2 – 5 jours

La TSH est l'indicateur le plus sensible pour évaluer le dysfonctionnement thyroïdien. Une variation minime de la T4L provoque une réponse très amplifiée de la TSH. Cependant la TSH répond aux variations de la T4L avec un temps de latence important, au moins 8 semaines pour une réponse complète.

