

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° W21-829577

195607

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		DANOUNE RACHID	
Date de naissance :		30/03/1962	
Adresse :		17 Rue A. NEL ATI Apt 6 CASABLANCA	
Tél. :		066172015 Total des frais engagés : 1350,00 Dhs	
Cadre réservé au Médecin			
Docteur Fatima BOUZZITE PÉDIATRE Rue de Safi, Résidence ISMAIL Appt 17. 4ème Etage - Mohammedia Tél 05 23 28 28 47 fatimabouzzite@hotmail.fr			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 25. 01. 23			
Nom et prénom du malade : DANOUNE SOPHIA Age:			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant Nature de la maladie : Anémie 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 : M. HAMMI M. 014

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 19.02.2024

19.02.2024

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
25.11.23	Acte		2500 H	INP : 091042572 Signature : ISMAIL Residence ISMAIL Téléphone : 05 23 18 28 47 Email : azizate@hotmail.fr

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	
	
	
	
	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES - RADIographies			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE LES ORCHIDEES DR. Ouafae KERIBA BILOGISTE RPS. Les Orchidees 4 Mohammedia TEL. 0523 31 66 66 - 052103 09 67 TEL. 00309335300008 25/11/25 B810 1100 Dhs			

AUXILIAIRES MEDICAUX

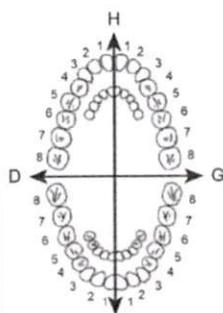
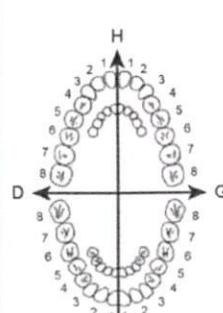
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

BELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	25533412 00000000	21433552 00000000	<input type="text"/>
D	35533411	00000000	11433553	<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
B				<input type="text"/> DATE DU DEVIS
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Fatima BOUZZITE

PEDIATRE

Diplômée

Ancien Chef Service de Pédiatre
à l'hôpital Med V



الدكتورة فاطمة بوزيت

طبية اختصاصية

في أمراض الطفل والرضيع

رئيسة قسم الأطفال بمستشفى

محمد الخامس سابقا

Mohammedia le : 27.11.2023

Dr. Fatima BOUZZITE
PEDIATRE
Rue de Safi, résidence ISMAIL
Appt 17, 4ème Etage - Mohammedia
Tel 05 23 28 28 47
fatimabouzzite@hotmail.fr

+ Feuille 9.

10) NFS

20) TSL + NL.

30) glycémie + HB glycémie

Docteur Fatima BOUZZITE
PEDIATRE

Rue de Safi, résidence ISMAIL
Appt 17, 4ème Etage - Mohammedia
Tel 05 23 28 28 47
fatimabouzzite@hotmail.fr

LABORATOIRE LES ORCHIDEES
Dir. Dr. OUAFA KECHABA
Bld. des Orchidées 4 Mohammedia
Res. Les Orchidées 4 Mohammedia
Tel. 0523 31 66 66 - 0521 03 03 60
ICE : 003093353000058

زنقة آسفي إقامة اسماعيل، شقة رقم 17، الطابق الرابع - الحمديبة
Rue de Safi, Résidence ISMAIL, Appt 17, 4ème Etage - Mohammedia
05 23 28 28 47
fatimabouzzite@hotmail.fr

INPE: 063065395 -- TP: 39401274 -- IF: 52493213 -- ICE: 003093353000058

FACTURE N° 0804/23

EDITEE le **25/11/2023**
Nom et prénom **ENF DANOUNE SOPHIA**
Date de prélèvement **25/11/2023**
Référence **23K77**
Médecin prescripteur **Docteur BOUZZITE FATIMA**

Acte de biologie demandé	Cotation (B)
NFS. HEMOGRAMME	80
FERRITINE SERIQUE	250
GLYCEMIE A JEUN	30
Hb GLYCOSYLEE. HEMOGLOBINE GLYCOSYLEE HBA1C	100
T4 LIBRE. THYROXINE LIBRE (FT4)	200
TSHu. TSH ultrasensible. THYREOSTIMULINE	250
Total du (B)	B 910
Prise de sang (PC)	10,00 DH
Montant en DH	1 100,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de: MILLE CENT DIRHAMS

LABORATOIRE LES ORCHIDEES
DR. Ouafae KACHABA
BIOLOGISTE
Rés. Les Orchidees 4 Mohammedia
Tél. 0523 31 66 66 - 052103 03 60
ICE : 003093353000058

Prélèvement du : 25/11/2023 à 11:07

Résultats édités le: 27/11/2023



Prescripteur: Docteur EL HOUARI MOHAMED

ENF DANOUNE SOPHIA

Dossier N° 23K77

Page: 2/3

BIOCHIMIE SANGUINE
 (Sur Automate INDIKO PLUS)

GLYCEMIE A JEUN (Colorimétrie enzymatique)	:	1,03	g/l	0,70 à 1,10 g/l
		5,73	mmol/l	3,89 à 6,12 mmol/l

HEMOGLOBINE GLYQUEE HbA1c.....: 5,50 %
 (Technique HPLC)

Interprétation

Sujet non traité pour un diabète

- Normoglycémique : 4,0 % à 6,0 %
- Pouvant présenter un risque de diabète : 6,0 % à 6,5 %

Sujet traité pour un diabète

- Diabète équilibré : < ou = à 7.0 %
- Diabète mal équilibré : > ou = à 8 %

HORMONOLOGIE
 (Vidas-Biomérieux / Cobas E411-Roche)

TSH Ultrasensible (TSHus) (Technique ELFA)	:	1,56 uUI/ml	0,25 à 5,00
--	---	-------------	-------------

THYROXINE LIBRE (T4L) (Technique ELFA)	:	18,42 pmol/l	10,60 à 20,00
---	---	--------------	---------------

LABORATOIRE LES ORCHIDÉES
DR. OUFAE KECHABA
BIOLOGIQUE
RÉSIDENCE ORCHIDÉES 4 - MOHAMMEDIA
Tél : 0523.31.66.66 / 0521.03.03.60
I.C.E : 003093353000058

Prélèvement du : 25/11/2023 à 11:07

Résultats édités le: 27/11/2023



Prescripteur: Docteur EL HOUARI MOHAMED

ENF DANOUNE SOPHIA

Dossier N° 23K77

Page: 3/3

FERRITINE SERIQUE

: 2,28 ng/ml

(Technique ELFA)

Interprétation

Femmes :

Avant la ménopause : 15-160 ng/ml

Après la ménopause : 25-280 ng/ml

Hommes :

30-400 ng/ml

Enfants:

A la naissance, la concentration est élevée (de 100 à 300 ng/ml) pour atteindre de 20 à 100 ng/ml en 2 à 6 mois .

chez le nourrisson de plus de 6 mois à l'enfant jusqu'à 15 ans : 15 à 100 ng/ml

Demande validée biologiquement par: DR Ouafae KECHABA

LABORATOIRE LES ORCHIDÉES
DR. OUFAE KECHABA
BIOLOGISTE
RÉSIDENCE LES ORCHIDÉES SA MOHAMMEDIA
Tél : 05231.66.66 / 0521.03.03.60
I.C.E : 003093353000058

Total de pages: 3

Prélèvement du : 25/11/2023 à 11:07

Résultats édités le: 27/11/2023



Prescripteur: Docteur EL HOUARI MOHAMED

ENF DANOUNE SOPHIA

Dossier N° 23K77

Page: 1/3

HEMATOLOGIE

HEMOGRAMME (Horiba-Yumizen H550)

NUMERATION SANGUINE

			Valeurs de référence
GLOBULES ROUGES.....	4,65	M/mm ³	4,0 à 5,4
HEMOGLOBINE.....	8,7	g/dL	11,5 à 16,0
HEMATOCRITE.....	28,3	%	35,0 à 47,0
VGM.....	60,8	µ ³	77 à 91
TCMH.....	18,6	pg	25 à 30
CCMH.....	30,6	g/dL	32 à 36
PLAQUETTES.....	372	10 ³ /mm ³	150 à 430
GLOBULES BLANCS.....	6 080	/mm ³	4 000 à 11 000

FORMULE LEUCOCYTAIRE

POLYNUCLEAIRES NEUTROPHILES.....	48,4	%	
Soit	2 943	/mm ³	1 500 à 8 000
POLYNUCLEAIRES EOSINOPHILES.....	2,0	%	
Soit	122	/mm ³	0 à 500
POLYNUCLEAIRES BASOPHILES.....	1,5	%	
Soit	91	/mm ³	0 à 200
LYMPHOCYTES.....	38,4	%	
Soit	2 335	/mm ³	1 200 à 6 500
MONOCYTES.....	9,7	%	
Soit	590	/mm ³	200 à 1 200

-Anémie microcytaire hypochrome.

-Sur frottis sanguin: Aniso-Poikilocytose, Hypochromie et présence de plaquettes de grande taille.

LABORATOIRE LES ORCHIDÉES
 DR. OUFAE KECHABA
 BIOLISTE
 RÉSIDENCE ORCHIDÉES 4 - MOHAMMEDIA
 Tél : 0523.31.66.66 / 0521.03.03.60
 I.C.E : 003093353000058