

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

- | | |
|------------------------------------|---------------------|
| 0 Réclamation | contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | adhésion@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.

Déclaration de Maladie

N° W19-532343

33856



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule :

13358

Société :

RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

LOUAHI ZAKARIE

Date de naissance :

10/12/1990

Adresse :

Tél. : 0662 662 686

Total des frais engagés

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. OUAHABE EL JERAD
123, Bd Palestine El Horria
Gynécologie Médicale

Date de consultation :

20/07/2020

Nom et prénom du malade :

OUALHANTICH SAFAA 28 ans

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

GUERNI DE PASSER

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 : 1/1/2020

Signature de l'adhérent(e) :

ZAKARIE

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
04/04/2020	S	5	2000	INP : <input type="text"/> Dr. Ondrej El Ferri

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
APAC 2020		

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				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 PROTHESSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	Coefficient des travaux <input type="text"/>										
	<table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>	25533412	21433552	00000000	00000000	<input type="checkbox"/>		00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
25533412	21433552											
00000000	00000000											
<input type="checkbox"/>												
00000000	00000000											
35533411	11433553											
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	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

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
.....	INP : <input type="text"/>
.....	
.....	
.....	

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
	05/03/2014	20 1810	2450,40

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISÉ ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Cabinet de Gynécologie Médicale

Dr. Ouafae EL JEBARI

Gynécologie Médicale
Université de Strasbourg
Echographie
Université de Paris



الدكتورة وفاء الجباري

طب النساء
جامعة استراسبورغ
الفحص بالموجات فوق الصوتية
جامعة باريس

Mohammedia, le : ٤٠٤٢٠٢٠ المحمدية، في :

M - AUGMENTATION
S AF A A

- gynog
- NFS
- glycémie = jeun
- TSH
- Vit D
- serologs = VDRL - TPOT
= Toxoplasma
= rubéole
- Ag HBs
- Ag Hb
HIV - 2

30 99 99 99 99
Bd EL Horia - Mohammedia
DIAGNOSTIC
Médiante AMRA
LABORATOIRE AMRA

Ouafae EL JEBARI
Gynécologie Médicale
El Horia
mme

LABORATOIRE AMARA D'ANALYSES MEDICALES

Dr. M. AMARA

3,Bd Mohammed V - Tél.: 0523.30.40.30 - Fax: 0523.30.43.20

Référence: **50404656**

Analyses effectuées le: 04/04/2020

Pour.....: **Mme OULMANTICH SAFAA**

Sur prescription du: Dr EL JEBARI OUAFAE

Code.....: 0015588



Organisme.....:

Bilan:

GRS NFS PQ GLY TSH VITD TPHA VDRL TOXO1
RUB HBS HIV HCV

Cotation : (B 1810)

Montant Net : 2450.40 **Dhs**

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

DEUX MILLE QUATRE CENT CINQUANTE Dhs 40 Cts

3,Bd Mohammed V - Tél.: 0523.30.40.30
BIOMÉTRE - SITE
LABORATOIRE AMARA
Signature

Mohammed AMARA
Pharmacien Biogiste

Diplômé de l'Université de Bruxelles (U.L.B.)
Spécialités : Biochimie - Hématologie
Immunologie - Bactériologie - Mycologie

مختبر اعمارة للتحليلات الطبية
LABORATOIRE AMARA D'ANALYSES MEDICALES

Prélèvement du : 04/04/2020
Edition du : 06/04/2020
Code Patient : 0015588
Matricule :

Heure : 11:46



Référence 50404T2656 du : 04/04/2020
Mme OULMANTICH SAFAA
Médecin: Dr. EL JEBARI OUAFAE

HEMATOLOGIE

Analyses	Résultats	Normes	Antécédents
----------	-----------	--------	-------------

NUMERATION GLOBULAIRE

Globules rouges.....	3.5	M/ μ l	(3,8 à 5,8)
Hémoglobine.....	<u>11,6</u>	g/dl	(11.5 à 16.5)
Hématocrite	33	%	(35 à 47)
V.G.M	94	fl	(85 à 100)
T.C.M.H.....	33	pg	(27 à 32)
C.C.M.H.....	35	%	(32 à 36)
Globules blancs.....	8500	/ μ l	(4.000 à 11.000)

FORMULE LEUCOCYTAIRE

Polynucléaires Neutrophiles....	71	%	
soit.....	6035	/ μ l	(2000 à 7500)
Lymphocytes.....	22	%	
soit.....	1870	/ μ l	(1500 à 4000)
Monocytes	6	%	
soit.....	510.	/ μ l	(200 à 800)
Polynucléaires Eosinophiles....	1	%	
soit.....	85	/ μ l	(< à 400)
Polynucléaires Basophiles.....	0	%	
soit.....	0	/ μ l	(< à 400)
Plaquettes.....	185.000	/ μ l	150 000/450.000

LABORATOIRE AMARA
Tél : 05 23 30 40 30

Mohammed AMARA
Pharmacien Biogiste

Diplômé de l'Université de Bruxelles (U.L.B.)
Spécialités : Biochimie - Hématologie
Immunologie - Bactériologie - Mycologie

مختبر اعمارة للتحليلات الطبية
LABORATOIRE AMARA D'ANALYSES MEDICALES

Prélèvement du : 04/04/2020

Heure : 11:46

Référence 50404T2656 du : 04/04/2020

Édition du : 06/04/2020

Mme OULMANTICH SAFAA

Code Patient 0015588

Médecin: Dr. EL JEBARI OUAFAE

Matricule :



GROUPAGE

GROUPE.....

AB

RHESUS.....

POSITIF

BIOCHIMIE
EXAMEN DE SANG

Analyses	Résultats	Normes	Antécédents
Glycémie.....	0.85	g/l	(0.70 à 1.10)
VITAMINE 25(OH) et 25(OH)D3....	8	ng/ml	
Normes :			
< 10	Carence		
10 - 29	Insuffisant		
30 - 100	Suffisant		
> 100	Toxicité		

ENDOCRINOLOGIE

EXAMEN DE SANG

Analyses	Résultats	Normes	Antécédents
THYREOSTIMULINE (T.S.H.).....	2.70	µUI/ml	(0.25 à 5.00)

Mohammed AMARA
Pharmacien Biogiste

Diplômé de l'Université de Bruxelles (U.L.B.)
Spécialités : Biochimie - Hématologie
Immunologie - Bactériologie - Mycologie

مختبر اعمارة للتحليلات الطبية
LABORATOIRE AMARA D'ANALYSES MEDICALES

Prélèvement du : 04/04/2020

Heure : 11:46

Édition du : 06/04/2020

Code Patient 0015588

Matricule :



Référence 50404T2656 du : 04/04/2020

Mme OULMANTICH SAFAA

Médecin: Dr. EL JEBARI OUAFAE

EXAMENS SEROLOGIQUES

DE LA SYPHILIS

T.P.H.A.....: Négatif

V.D.R.L. Charbon.....: Négatif

EXAMENS SEROLOGIQUES

SEROLOGIE HIV

Recherche d'anticorps anti-HIV 1..... : Négative

Recherche d'anticorps anti-HIV 2..... : Négative

SEROLOGIE DES HEPATITES

Antigène HBs.....: Négatif

Sérologie de l'Hépatite Virale C.....: Négative
(ELISA 4ème génération)

Mohammed AMARA
Pharmacien Biologiste

Diplômé de l'Université de Bruxelles (U.L.B.)
Spécialités : Biochimie - Hématologie
Immunologie - Bactériologie - Mycologie

مختبر اعمارة للتحليلات الطبية
LABORATOIRE AMARA D'ANALYSES MEDICALES

Prélèvement du : 04/04/2020

Heure : 11:46

Édition du : 06/04/2020

Référence 50404T2656 du : 04/04/2020

Code Patient 0015588

Mme OULMANTICH SAFAA

Matricule :

Médecin: Dr. EL JEBARI OUAFAE



EXAMENS SEROLOGIQUES

SERODIAGNOSTIC DE LA TOXOPLASMOSE (IgG)

- TECHNIQUE : Toxo Fumouze
- SEUIL DE POSITIVITE..... : 6 UI/ml
- SERUM DU..... : 04/04/2020
- DETERMINATION..... : PREMIERE
- TITRE..... : < 6 UI/ml

- CONCLUSION..... : Absence d'immunité, une surveillance sérologique s'impose tous les mois.

SERODIAGNOSTIC DE LA RUBEOLE (IgG)

- TECHNIQUE..... : LIAISON (DiaSorin)
- SEUIL DE POSITIVITE..... : 10 UI/ml
- SERUM DU..... : 04/04/2020
- DETERMINATION..... : PREMIERE
- TITRE..... : 83 UI/ml

- CONCLUSION..... : Immunité acquise probable, à contrôler dans trois semaines

N.B.: Seules deux déterminations sérologiques à au moins deux semaines d'intervalle permettent une interprétation correcte des résultats.