

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 :

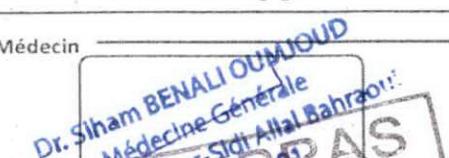
- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

| | | | |
|----------------------------------|---------------------------------------|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input checked="" type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent(e) | | 22334 | |
| Matricule : | 3134 | Société : | |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre | |
| Nom & Prénom : | | ZAHRA MOUZE | |
| Date de naissance : | | 1953 | |
| Adresse : | | HAV NACER N 38 BAHR Aoui ALLAL | |
| Tél. : | | | |
| Total des frais engagés : | | | Dhs |

| | |
|---|--|
| Cadre réservé au Médecin | |
| Cachet du médecin : | |
|  Dr. Siham BENALI OUMOUAD Médecine Générale 134, Hay Nasser-Sidi AllaBahrAoui 0527501111 MUPRAS | |
| Date de consultation : | 10-01-2020 |
| Nom et prénom du malade : | SSA De 1820 Abdellali |
| Lien de parenté : | <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant |
| Nature de la maladie : | ACCUEIL |
| 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) :

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 10/11/2023 | 1 | 1 | | INP : 101194405 |
| | | | | Dr. Siham BENALI OUMJOUAD Médecine Générale N° Mat Nasser-Sidi Allal Bahra 0527 52 01 01 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

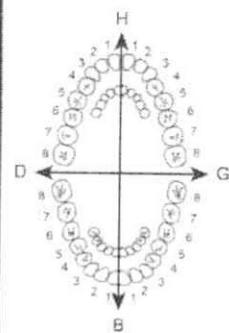
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|--|------------|------------------------------|------------------------|
| Dr. Siham BENALI OUMJOUAD N° Mat Nasser-Sidi Allal Bahra 0527 52 01 01 | 10/11/2023 | B3yo | 4.98,50 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

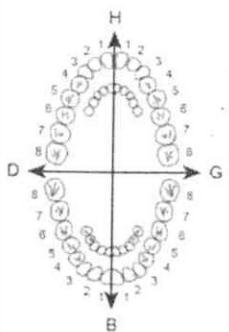
| Cachet et signature du Particulier | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|------------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

VOLET ADHERENT

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



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | | |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433552 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| | 35533411 | 11433553 |
| B | | |
| G | | |

[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

| | |
|-------------------------|--|
| DES TRAVAUX | |
| MONTANTS DES SOINS | |
| DEBUT D'EXECUTION | |
| FIN D'EXECUTION | |
| COEFFICIENT DES TRAVAUX | |
| MONTANTS DES SOINS | |
| DATE DU DEVIS | |
| DATE DE L'EXECUTION | |

ORDONNANCE

429

Dr. Siham BENALI OUMJOUD
Médecine Générale
134, Hay Nasser-Sidi Allal Bahaoui
0537 52 01 11

Le : 10.08.2020

Dr. Siham BENALI OUMJOUD

1330

- ① - Fer Sérique
- ② - Ferritinémie
- ③ - NFS

LABORATOIRE L'HOPITAL
D'ANALYSES
AzZarba, 999, Rés. Baraka II, El Jadida 17700, MAROC
Tél. 0537 83 33 37 / E-mail : lhohospital@gmail.com

Dr. Siham BENALI OUMJOUD
Médecine Générale
134, Hay Nasser-Sidi Allal Bahaoui
0537 52 01 11

مختبر المستشفى للتحاليل الطبية

LABORATOIRE L'HOPITAL D'ANALYSES MEDICALES

Biochimie-Hématologie -Hémostase -Hormonologie - Oncologie- Bactériologie
Virologie -Parasitologie -Mycologie-Immunologie – Spermiose

Dr. Bouchra EL KHIHAL

Médecin Spécialiste

en Analyses Biologiques Médicales

Ancien Médecin résidente au Centre Hospitalier Universitaire Ibn Sina - Rabat



Honoraires

Dossier N°: 070220223 du: 07/02/2020

الدكتورة بشرى الكحيدل

طبيبة اختصاصية

في التحاليل البيولوجية الطبية

طبيبة مقيمة سابقاً بالمركز الاستشفائي

العنوان: 10/02/2020

association allal bahraoui 2

Médecin Dr :SIHAM BENALI OUMJOUDE

N°Bon de soin

Mme

Patient :Mr ESSALEK Abdelali

| Analyses | Valeur en B | Montant |
|--------------------------|-------------|---------|
| HEMOGRAMME | 80,00 | 100,000 |
| Fer | 60,00 | 75,000 |
| Ferritine | 250,00 | 312,500 |
| Prélèvement sang veineux | 0,00 | 11,000 |

| | |
|---------|--------|
| Total B | 390 |
| APB | 11,00 |
| Total | 498,50 |

Arrêtée la présente note d'honoraire à la somme de : Quatre Cent Quatre-Vingt-Dix-Huit Dirhams Et 50 Centime

LABORATOIRE L'HOPITAL
D'ANALYSES MEDICALES
Av.Zarbia, 999, Résidence Baraka II, kiosque N°7-KARIA-SALE
Tél. 0537 83 33 37 / E-mail : labolhopital@gmail.com

Avenue Zarbia, 999, Résidence Baraka II, kiosque N° 7 - KARIA - SALE (A côté du nouvel Hôpital provincial de salé)

Avenue Zarbia, 999, Résidence Baraka II, kiosque N°7 - KARIA- SALE
Tel. 0537 83 33 37 labolhopital@gmail.com labolhopital@gmail.com

Identifiant fiscale n°: 25010037 - ICE : 002031570000043 - Taxe professionnelle n° : 28860338 -INPE : 103061578 - CNSS : 5877165

مختبر المستشفى للتحاليل الطبية

LABORATOIRE L'HOPITAL D'ANALYSES MEDICALES

**Biochimie - Hématologie - Hémostase - Hormonologie - Oncologie - Bactériologie
Virologie - Parasitologie - Mycologie - Immunologie - Spermologie**

Dr. Bouchra EL KHIHAL
Médecin Spécialiste
en Analyses Biologiques Médicales
Ancien Médecin résidente au centre Hospitalier
Universitaire Ibn Sina - Rabat



الدكتورة بشرى الكحيل
طبيبة اختصاصية
في التخليلات البيولوجية الطبية
طبيبة مقيمة سابقاً بالمركز الاستشفائي
الجامعي ابن سينا - الرباط



Salé, le 10/02/2020

Compte rendu d'analyses

Dossier N° : 070220223 **Pvt du:** 07/02/2020 13:16
Nom : Mr ESSALEK Abdelali
Date de naissance : 01/01/1990
Prélèvement : Hors laboratoire
Demandé par Dr : SIHAM BENALI OUMJoud

Page : 1 / 2

HEMATOLOGIE

Valeurs Usuelles

Antériorité

HEMOGRAMME

(Technique : CYTOMETRIE DE FLUX)

| | | | | |
|-----------------------------|---|---------|-------------------|---|
| ERYTHROCYTES | : | 4,74 | M/mm ³ | (4,28 - 6) |
| Hémoglobine | : | 10,80 | g/dl | (13,4 - 17) |
| Hématocrite | : | 33,40 | % | (39 - 53) |
| VGM | : | 70,60 | fL | (78 - 98) |
| TCMH | : | 22,80 | pg | (26 - 34) |
| CCMH | : | 32,30 | g/dl | (31 - 36) |
| LEUCOCYTES | : | 8230 | /mm ³ | (4000 - 11000) |
| FORMULE LEUCOCYTAIRE | : | | | |
| Polynucléaires Neutrophiles | : | 56 % | Soit | 4609 /mm ³ (2000 - 4000) |
| Polynucléaires Eosinophiles | : | 2 % | Soit | 165 /mm ³ (Inférieure à 100) |
| Polynucléaires Basophiles | : | 0 % | Soit | 0 /mm ³ (Inférieure à 10) |
| Lymphocytes | : | 34 % | Soit | 2798 /mm ³ (1000 - 4000) |
| Monocytes | : | 8 % | Soit | 658 /mm ³ (40 - 100) |
| PLAQUETTES | : | 228 000 | /mm ³ | (150000 - 400000) |

" Les valeurs de référence sont en fonction de l'âge, du sexe, état physiologique du patient(e) "

BIOCHIMIE

Fer : 0,27 mg/l (0,65 - 1,75)

Antériorité

Avenue Zarbia, 999, Résidence Baraka II, kiosque N°7-KARIA-SALE
(A côté du nouvel Hôpital provincial Moulay Abdellah de SALE)
شارع الزربية، 999 أقامة البركة 2، كيوسك 7 - قرية - سلا (قرب المستشفى الإقليمي مولاي عبد الله)
Tél : 05-37-83-33-37 - Fax : 05-37-83-65-50 E-mail : labolhopital@gmail.com

Anteriorite

مختبر المستشفى للتحاليل الطبية

LABORATOIRE L'HOPITAL D'ANALYSES MEDICALES

Biochimie - Hématologie - Hémostase - Hormonologie - Oncologie - Bactériologie
Virologie - Parasitologie - Mycologie - Immunologie - Spermologie

Dr. Bouchra EL KHIHAL
Médecin Spécialiste
en Analyses Biologiques Médicales
Ancien Médecin résidente au centre Hospitalier
Universitaire Ibn Sina - Rabat



الدكتورة بشرى الكھيھال
طبيبة اختصاصية
في التحاليل الطبية
طبيبة مقيمة سابقاً بالمركز الاستشفائي
الجامعي ابن سينا - الرباط

Mr ESSALEK Abdelali

Dossier N° : 070220223

Page : 2/2

IMMUNOLOGIE

Ferritin

Technique: ECLIA/ Roche

Valeurs usuelles:

| | |
|---------------|-----------------|
| 1mois: | 150 à 450 ng/ml |
| 2-3 mois : | 80-500 ng/ml |
| 4mois -16ans: | 20 à 200ng/ml |
| Femmes: | 13 à 150 ng/ml |
| Hommes: | 30 à 400 ng/ml |

: 896,72 ng/ml



Avenue Zarbia, 999, Résidence Baraka II, kiosque N°7-KARIA-SALE

(A côté du nouvel Hôpital provincial Moulay Abdellah de SALE)

شارع الزربية، 999 أقامة البركة 2، كيوسک 7 - قرية - سلا (قرب المستشفى الإقليمي مولاي عبد الله)

Tél : 05-37-83-33-37 – Fax : 05-37-83-65-50 E-mail : labolhopital@gmail.com