

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



Déclaration de Maladie

N° P19- 055251

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3457 Société : 59879
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : SAADI TOURIA
 Date de naissance : 1/5/59
 Adresse : 109 Rue ABDELLAH RAJII
 MARIJF
 Tél. : 067061855 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 02/02/2021
 Nom et prénom du malade : M. SAADI TOURIA Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : a.s.h.e.m.e.
 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 : 16/2/2021 CMA Le : 16/2/2021

Signature de l'adhérent(e) :

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.

Pathologie 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

Réclamation : contact@mupras.com
 Prise en charge : pec@mupras.com
 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com


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


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
8/2/2021	CS	CS	250 Dh	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02/02/21	T = 116,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	02/02/21	B90 + LC	1257,80 dh

AUXILIAIRES MEDICAUX

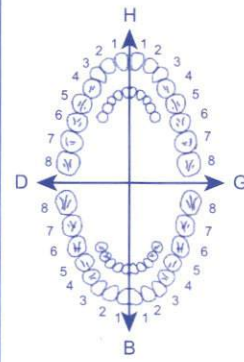
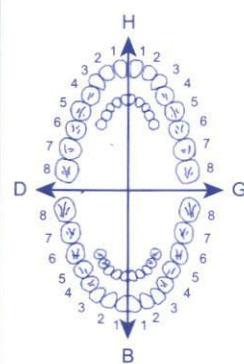
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, ainsi que le bilan de

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 colspan="2">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 colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				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

Cabinet de Pneumologie
Docteur Latifa Laaboudi
Ep. ELBAKALI

Diplômée de la faculté de Paris

Ancien Chef de Service de Phtisiologie CHU 20 Août

Ex Responsable du Programme de

Lutte Antituberculeuse et Maladies

Respiratoires à Casa-Anfa

عيادة أمراض الجهاز التنفسي

الدكتورة لطيفة العبودي

زوجة البقالي

خريجة كلية الطب بباريس

رئيس قسم أمراض السبل بمستشفى 20 غشت سابقا

مسؤولة على برنامج محاربة داء السبل

وأمرض الجهاز التنفسي

بعمالة أنفا سابقا

Casablanca le, 02.02.2021

$58 \times 2 = 116,00$ N° SAADT

Tourna

1) Sargeur cp sous sub

1cp x 3/1.

2) Zinc (17 adys)

1cp Apr petit déjeuner

$T = 116,00$

Dr. LAABOUDI Latifa
Pneumologue

98, Rue Abou Salt Al Andaloussi
Casablanca - Tél: 0522 25 25 27
ICE: 002191091000067

Pharmacie de Repoit
Rue el Da Bouazza - Casablanca
Tél: 0522 98 70 11
Dontat rekatte
Rue el Da Bouazza - Casablanca
Tél: 0522 98 70 11

Sargenor 1g

sans sucre

ASPARTATE D'ARGININE

- Ce médicament est une spécialité.
- Il est destiné à l'adulte et à l'enfant.
- L'absence de guérison après 15 jours im-
EN CAS DE DOUTE, NE JAMAIS HESITER A
OU A VOTRE PHARMACIEN

1- IDENTIFICATION DU MÉDICAMENT

a. DENOMINATION

SARGENOR sans sucre 1 g, comprimés efferves

b. COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

Aspartate d'arginine,

Excipients : acide citrique anhydre, bicarbonate de sodium, saccharine sodique, jaune orangé S (E110), Sulfate de sodium, arôme orange.

Pour un comprimé effervescent.

c. FORME PHARMACEUTIQUE

Comprimés effervescent, boîte de 20.

d. CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

ANTIASTHÉNIQUE (A : appareil digestif et métabolisme)

2. DANS QUEL CAS UTILISER CE MÉDICAMENT

Ce médicament est un antiasthénique préconisé dans les états de fatigue passagers.

3. ATTENTION !

a. DANS QUEL CAS NE PAS UTILISER CE MÉDICAMENT

Ce médicament NE DOIT PAS ÊTRE UTILISÉ sans avis médical chez l'enfant de moins de 12 ans. EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

b. PRÉCAUTIONS D'EMPLOI

Utiliser ce médicament AVEC PRECAUTION en cas de régime sans sel ou pauvre en sel : chaque comprimé effervescent contient 100 mg de sodium.

En cas de persistance de la fatigue après 15 jours de traitement ou si la fatigue s'accompagne de manifestations inhabituelles, demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

La prise de ce médicament ne dispense pas de respecter les principales règles d'hygiène de vie telles que : activité physique régulière, alimentation équilibrée (notamment éviter la prise d'alcool, de tabac et/ou d'excitants), heures régulières de sommeil, repos.

EN CAS DE DOUTE, NE PAS HESITER À DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE



Sargenor 1g

sans sucre

ASPARTATE D'ARGININE

- Ce médicament est une spé
 - Il est destiné à l'adulte et à
 - L'absence de guérison après 15 jour
- EN CAS DE DOUTE, NE JAMAIS HÉSITER
OU A VOTRE**

1- IDENTIFICATION DU MÉDICAMENT

a. DENOMINATION

SARGENOR sans sucre 1 g, comprimés

b. COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

Aspartate d'arginine
Excipients : acide citrique anhydre, bicarbonate de sodium, saccharine sodique, jaune orange de quinoline, arôme orange.

Pour un comprimé effervescent.

c. FORME PHARMACEUTIQUE

Comprimés effervescents, boîte de 20.

d. CLASSE PHARMACO-THÉRAPEUTIQUE

ANTI-ASTHÉNIQUE (A : appareil digestif et métabolisme)

2. DANS QUEL CAS UTILISER CE MÉDICAMENT

Ce médicament est un anti-asthénique préconisé dans les états de fatigue passagers.

3. ATTENTION !

a. DANS QUEL CAS NE PAS UTILISER CE MÉDICAMENT

Ce médicament NE DOIT PAS ÊTRE UTILISÉ sans avis médical chez l'enfant de moins de 12 ans, EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

b. PRÉCAUTIONS D'EMPLOI

Utiliser ce médicament AVEC PRÉCAUTION en cas de régime sans sel ou pauvre en sel : chaque comprimé effervescent contient 100 mg de sodium.

En cas de persistance de la fatigue après 15 jours de traitement ou si la fatigue s'accompagne de manifestations inhabituelles, demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

La prise de ce médicament ne dispense pas de respecter les principales règles d'hygiène de vie telles que : activité physique régulière, alimentation équilibrée (notamment éviter la prise d'alcool, de tabac et/ou d'excitants), heures régulières de sommeil, repos.

EN CAS DE DOUTE, NE PAS HÉSITER À DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.



Cabinet de Pneumologie
Docteur Latifa Laaboudi
Ep. ELBAKALI

Diplômée de la faculté de Paris

Ancien Chef de Service de Phtisiologie CHU 20 Août

Ex Responsable du Programme de

Lutte Antituberculeuse et Maladies

Respiratoires à Casa-Anfa

عيادة أمراض الجهاز التنفسي

الدكتورة لطيفة العبودي

زوجة البقالي

خريجة كلية الطب بباريس

رئيس قسم أمراض السل بمستشفى 20 غشت سابقا

مسؤولة على برنامج محاربة داء السل

وأمراض الجهاز التنفسي

بعمالة أنفا سابقا

Casablanca le,

02-02-2021

Mme SAADI

IVFS

Tourno

- CRIP

- Ferritine

- vit D.

- Fibronogène



Dr. LAABOUDI Latifa
Pneumologue
98, Rue Abou Salt AL Andaloussi
Casablanca - Tél: 0522 25 25 29
ICE: 002191091000067

زنفة أبو الصلطان الأندلسي المعاريف - بجانب الجماعة الحضرية للمعاريف
98, Rue Abou Salt AL Andaloussi Maarif - (à côté Commune de Maarif)
Tél.: cabinet : 05 22 25 25 29 / GSM : 06 61 20 19 77

02/13

LABORATOIRE MAARIF

Résidence Roudani 400 Bd. Brahim Roudani – CASABLANCA – 05 22 23 35 61 – 05 22 23 50 55 – labomaarif@gmail.com

Reçu

Mme Touria SAADI

Né(e) le : 01-05-1959

Code Patient : **17010444**

Saisie par : MEG/ 02-02-2021 15:43

Analyses : NFS, CRP, FERRI, VITD, FIB

RETRAIT LE : 03/10/21

N° Dossier : **A210200073**



Correspondant : **R20**

Montant total : 1257.80 DH

soit : 1006.24 DH

Payé : DH

Reste : DH

PAYE

Prescripteur : Dr LATIFA LAABOUDI

مختبر التحاليل الطبية المعاريف
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES MAARIF

Dr. Abderrazzak ZIZI
Pharmacien Biologiste
Diplômé de la Faculté de Pharmacie de Reims



Casablanca le 02-02-2021

Mme SAADI Touria

FACTURE N° A210200073

Récapitulatif des analyses			
CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Traitement échantillon sanguin	E25	E
0154	Ferritine	B250	B
0216	Numération formule	B80	B
0233	Fibrinogène	B40	B
0370	CRP	B100	B
0439	Vitamine D	B450	B

Total des B : 920

TOTAL DOSSIER : 1257.80 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :
mille deux cent cinquante-sept dirhams quatre-vingts centimes



مختبر التحليلات الطبية المعاريف

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES MAARIF

Dr. Abderrazzak ZIZI
Pharmacien Biologiste
Diplômé de la Faculté de Pharmacie de Reims



Casablanca le : 03-02-2021

Mme SAADI Touria

Code : 17010444

Référence : A210200073

Du : 02-02-2021

Prescripteur : Dr LAABOUDI LATIFA

Normes

Antériorités

HEMATOLOGIE

HEMOGRAMME

Numération Globulaire

Hématies	4.3	M/mm ³	(4.0-5.3)
Hémoglobine	12.6	g/dL	(12.5-15.5)
Hématocrite	37	%	(37-46)
VGM	86	μ ³	(80-95)
TCMH	29	pg	(28-32)
CCMH	34	g/100mL	(30-35)

Formule leucocytaire

Leucocytes		10 490	/mm ³	(4 000-10 000)
Neutrophiles	58 %	soit	6 084 /mm ³	(1 500-7 500)
Eosinophiles	3 %	soit	315 /mm ³	(<400)
Basophiles	0 %	soit	0 /mm ³	(<100)
Lymphocytes	32 %	soit	3 357 /mm ³	(1 500-4 000)
Monocytes	7 %	soit	734 /mm ³	(200-1 000)

Numération plaquettaire

Plaquettes	260 000	/mm ³	(150 000-400 000)
Volume Plaquettaire Moyen	9.8	fl	(6.0-11.0)

HEMOSTASE

Fibrinogène	2.71	g/L	(2.00-4.00)
-------------	------	-----	-------------

BIOCHIMIE SANGUINE

Protéine C réactive (CRP)	3.8	mg/L	(<6.0)
---------------------------	-----	------	--------

مختبر التحليلات الطبية المعاريف

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES MAARIF

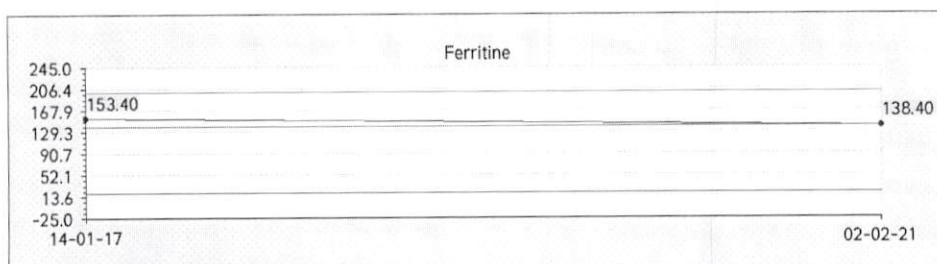
Casablanca le : 03-02-2021

Mme SAADI Touria

Code : 17010444

Référence : A210200073

		Normes	Antériorités
Ferritine (Cobas e411: Electrochimiluminescence)	138.40 µg/L	(20.00–200.00)	14-01-2017 153.40

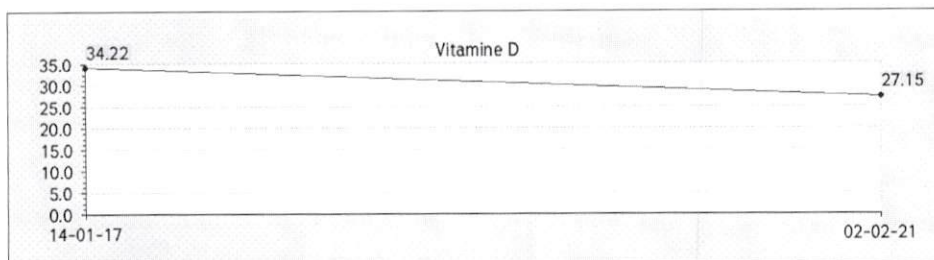


VITAMINES

Vitamine D
(Cobas e411: Electrochimiluminescence)

27.15 ng/ml

14-01-2017
34.22



Valeurs de référence :

Taux recommandé	30 – 100	ng/mL
Insuffisance	10 – 30	ng/mL
Carence	< 10	ng/mL
Toxicité	> 100	ng/mL