

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.

Biologie 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.

Éducation :

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

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



Déclaration de Maladie

N° M20- 0006793

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres **59937**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **12874** Société : **RAM**

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : **MHADER MEHDI**

Date de naissance : **29/04/1987**

Adresse : **RES CASABLANCA Tache I Im 3 APT 22 AIN ALASSAM**
CASABLANCA

Tél. : **0661931211** Total des frais engagés : **826.00** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **17 F.V. 2021**

Nom et prénom du malade : **BAZZA MADAR** Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : **AS**

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 : **CASABLANCA**

Le : **16/02/2021**

Signature de l'adhérent(e) : **[Signature]**


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
04/04/2024			gratuit	

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
	28/04/2024	B71000	806 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

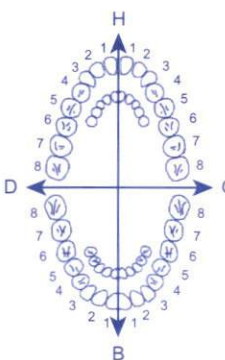
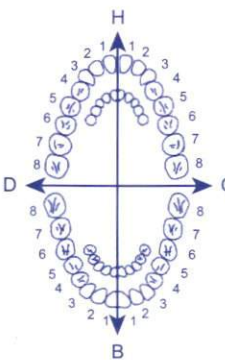
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l

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>		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																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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'EXEC



Rabat, le 04 mai 2011

Docteur

M Ba Zza Ryjae

/ - HFS
- Glycémie à jeun
- Toxo
- CMV





Compte-rendu
annule et remplace
le rapport du
29-01-2021



Mme Rajae BAZZA

Patient(e) né (e) le : 14-11-1988 Sexe : F
Prélevé(e) le : 28-01-2021 11:48
Dossier N° : 2101280014

Dr Anas CHENGUITI ANSARI

MARQUEURS HEMATOLOGIQUES

HEMOGRAMME AU REPOS

Globules rouges (M= 1 Million)	4.11	M/ μ L	(3.90-5.03)
Hémoglobine	12.4	g/dL	(11.6-16.5)
Hématocrite	37.9	%	(34.9-44.5)
VGM	92	fL	(80-100)
TCMH	30	pg	(26-33)
CCMH	33	g/dL	(31-35)

Formule leucocytaire

Globules Blancs	8 600	/mm ³	(3 900-10 500)
Neutrophiles	62 %	soit 5 332 /mm ³	(1 700-7 000)
Eosinophiles	1 %	soit 86 /mm ³	(50-500)
Basophiles	0 %	soit 0 /mm ³	(0-300)
Monocytes	4 %	soit 344 /mm ³	(300-900)
Lymphocytes	33 %	soit 2 838 /mm ³	(1 300-3 500)
Lymphocytes activés		0 %	
Lymphocytes atypiques		0 %	
Blastes		0 %	
Granulocytes Immatures		0 %	

FROTTIS SANGUIN

Aucune particularité notable

COMMENTAIRE SUR L'HEMOGRAMME

HEMOGRAMME NORMAL

HEMOSTASE / COAGULATION

Taux de Plaquettes (K=1000)	294	K/ μ L	(150-450)
Volume Plaquettaire Moyen (VPM)	7.7	fL	(7.4-10.9)



MARQUEURS DU METABOLISME ET DE LA NUTRITION

GLUCIDES

(Les valeurs de référence proposées sont optimales. les valeurs cibles peuvent être éventuellement modifiées en fonction des besoins et des facteurs de risques des patients)

Glycémie à jeun	1.01 g/l	(0.70–1.10)
(un diabète est évoqué en cas de 1ère GAJ>1.25 g/L)		

MARQUEURS DE L'APPAREIL UROGENITAL

SEROLOGIE DE LA TOXOPLASMOSE

(L'analyse en parallèle de 2 sérums prélevés à distance de 3 semaines permet une interprétation fiable.)

IgG Anti-Toxoplasme	0.00 UI/mL	(<8.00)
---------------------	------------	---------

Absence d'immunité protectrice

Interprétation

Absence d'anticorps spécifiques antitoxoplasme. A contrôler tous les mois jusqu'à la fin de la grossesse (le cas échéant).

SEROLOGIE DU CMV (CYTOMEGALOVIRUS)

IgM anti-CMV	0.29 E/S	(<0.70)
--------------	----------	---------

(des réactions croisées faussement positives peuvent survenir en cas d'infection par un autre Herpes virus)

Recherche négative

IgG anti-CMV	843.00 UI/mL	(<1.00)
--------------	--------------	---------

Taux positifs

Interprétation

Profil sérologique évocateur d'une infection à CMV ancienne probable.

Références

Marqueurs hématologiques:

- 1-ICSH Recommendations 2010–2017
- 2-ASH/CAP Guidelines 2010–2017
- 3- ISTD Guidelines 2017
- 4- IWG (MDS/MPN) Definition and Classification 2016

Marqueurs du métabolisme et de la nutrition:

- 1-ADA Standards of Medical Care 2018
- 2- ACOG Guidelines 2013
- 3-AACE/ACE Guidelines 2015/2017
- 4-ACR Clinical Practice Guidelines 2012/2018

Références générales:

- 1-WHO Guidelines and Classifications 2016
- 2-Mayo Clinic Procedures and Documents 2020
- 3- ASM Procedures 2017
- 4- CLSI Standards 2018
- 5- EUCAST CASFM 2020



مختبر بروفيسور العلوي

LABORATOIRE
PROFESSEUR ALAOU

Mme Rajae BAZZA

Dossier N° : 2101280014



Pr. Ahmed E. Alaoui
Médecin Biologiste
INPE 103062675

Dossier édité le : 29-01-2021 à 17:04



مختبر بروفيسور العلوي

LABORATOIRE
PROFESSEUR ALAOUI

FACTURE N° : 210100199

Rabat le 28-01-2021

Mme BAZZA Rajae

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Prélèvement sanguin	E25	E
	Sérologie du cytomégalo virus CMV(IGG ET IGM)	B500	B
0118	Glycémie	B30	B
0216	Numération formule	B80	B
0307	Toxoplasmose IgG	B100	B

Total des B : 710

TOTAL DOSSIER : 806.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : huit cent six dirhams .



**CODE INPE
103062875**