

# Declaration de Maladie

## 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 |

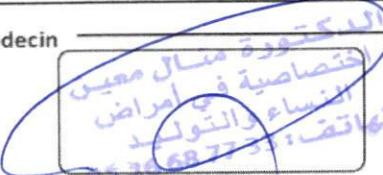
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.



N° W21-604348

61388

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : M085	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : CHALQI BOUCHRA			
Date de naissance : 04/06/81			
Adresse : 277 BD DERFOURA			
Tél. : 06.61.61.61.22	Total des frais engagés :		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin
<input type="checkbox"/> Cachet du médecin : 	
Date de consultation : 02/02/2021	
Nom et prénom du malade : CHALQI BOUCHRA Age:	
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :	
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 avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : OUDZA

Signature de l'adhérent(e) : 

MUPRAS

1 MARS 2021

ACCUEIL

#### **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
02/08/21	C.2.		150,00	INP : 081242304
				الدكتورة مثال مصطفى اختصاصية في أمراض النساء والتوليد
				الموافق ...../...../2021

## **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
	02/02/21	Echographie	200,00
 <del>Laboratoire AARAB des Médielles Dr. A. K. OUDA 500 DA</del>	02/02/21	B750	750,00 DH

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## **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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [ ]														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]														
				MONTANTS DES SOINS [ ]														
				DEBUT D'EXECUTION [ ]														
				FIN D'EXECUTION [ ]														
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<p><b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b></p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000			35533411	11433553	B	00000000	00000000	COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
H	25533412	21433552																
D	00000000	00000000																
		35533411	11433553															
B	00000000	00000000																
				MONTANTS DES SOINS [ ]														
				DATE DU DEVIS [ ]														
				DATE DE L'EXECUTION [ ]														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

**Dr. MOUENE MANAL**

SPECIALISTE  
EN GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE  
Accouchement  
Echographie Sénologie  
Stérilité du couple  
Chirurgie gynécologique



**الدكتورة منال معين**  
اختصاصية في أمراض  
النساء والتوليد  
الجراحة النسائية  
أمراض الثدي  
عقم الزوجين  
الفحص بالصدى

Oujda, le : 02 / 02 / 2020 وحدة، في

## FACTURE /2020

Nom et Prénom : *Dhalia Bouchra*

DESIGNATION : Echographie + consultation

MONTANT : *350 DH*

الدكتورة منال معين  
اختصاصية في أمراض  
النساء والتوليد  
الهاتف 0536687733

---

شارع محمد الخامس عمارة البورصة شقة رقم 9 (قبالة بنك المغرب) وجدة  
BD Mohammed V Immeuble La Bourse App N° 9 (en face Banque Al Maghreb) OUJDA  
☎ : 05 36 68 77 33



Oujda, le: ..... 02 FEV 2021 ..... وحدة في:

Nom et Prénom : CHALQI BOUCHRA

Age : 39 ans

Indication :

Echographie pelvienne

081242364

- L'utérus est antéversé, à contours réguliers, de taille normale, et d'échostructure homogène.
- La ligne de vacuité est fine en place.
- Les ovaires de taille et d'échostructure normales.
- Le douglas est libre.

Conclusion : L'échographie pelvienne est normale.

**Dr. MOUENE MANAL**

SPECIALISTE  
EN GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE  
Accouchement  
Echographie Sénologie  
Stérilité du couple  
Chirurgie gynécologique

Oujda, le: ..... 02 FEV 2021  
و جهة، في:



**الدكتورة منال معين**

اختصاصية في أمراض النساء والتوليد  
الجراحة النسائية  
أمراض الثدي  
عقم الزوجين  
الفحص بالصدى

Mme Chalqi Bouchra

081242364

Prise de date

- FSH

- LH

ANALYSES MEDICALES  
LABORATOIRE MARA  
Tél: 0536 68 10 26 - Fax: 0536 68 65 49  
47 BIS, AV. NATIONS DRESSES - OUJDA

Dr Mouene Manal  
Gynécologue et Obstétricienne  
Tel: 0536 68 77 33

شارع محمد الخامس عماره البورصة شقة رقم 9 (قبالة بنك المغرب) وجدة  
Bd.Mohammed V Immeuble la Bourse App N°9(en face Banque Al Maghreb)Oujda

05 36 68 77 33

# LABORATOIRE AARAB D'ANALYSES MEDICALES

47 Bis, Avenue des Nations Unies - Oujda

Tél. 05 36 68 10 26 Fax. 05 36 68 65 56 Email:laboratoire.aarab@gmail.com

INPE: 083060442 T.P: 10702807 I.F: 35805660 CNSS: 8074172 ICE: 001668138000090

Assuré

Matricole

Bénéficiaire CHALQI BOUCHRA

Prise en charge N°

NC

Prescripteur MOUENE MANAL

FACTURE N° 104750

Facturé le : 02/02/2021

## Analyses :

FSH	B	250	
LH	B	250	
PROLACTINE	B	250	
D.D.R	B	0	

Total analyses : 750,00 Dh

## Prélèvements :

Sang

Epicr

Total Prélèvements : 0,00 Dh

Total <<B>>

750

Soit un montant total :

750,00 Dh

Arrêtée la présente facture à la somme de :

SEPT CENT CINQUANTE DIRHAMS

LABORATOIRE AARAB  
ANALYSES MEDICALES  
47 Bis, AV. Nations Unies - OUJDA  
Tél: 0536 68 10 26 - Fax: 0536 68 65 56



# LABORATOIRE AARAB

LABORATOIRE D'ANALYSES DE BIOLOGIE MÉDICALE

Dr. Hamid AARAB

Biogiste Médical

Labo Aarab

Préscripteur : MOUENE MANAL

Prélèvé à : 14:38:5



MME/MLE CHALQI BOUCHRA

Dossier N° : 1020288074 du : 02/02/2021

Page : 1

Compte Rendu d'Analyse NC

## HORMONOLOGIE Hormonologie sanguine

### FSH-Folliculostimuline

(Technique Enzyme linked fluorescent assay)

2,05 mUI/ml

#### Valeurs usuelles en mUI/ml

Homme	: 1.7-12.0
Femme	
- Pic ovulatoire (J0)	: 6.3-24.0
- Phase folliculaire	
.Première moitié (J-15 à J-9)	: 3.9-12.0
.Seconde moitié (J-8 à J-2)	: 2.9-9.0
-Phase lutéale (J+ 3 à J+ 15)	: 1.5-7.0
-Ménopause	: 17.0-95.0

### LH-HORMONE LUTEINISANTE

(Technique Enzyme linked fluorescent assay)

1,60 mUI/ml

#### Valeurs usuelles en mUI/ml

Homme	: 1.1 - 7.0
Femme	
- Phase folliculaire :	
* Première moitié (J-15 à J-9) : 1.5 - 8.0	
* Seconde moitié (J-8 à J-2) : 2.0 - 8.0	
- Phase pré ovulatoire (J0) : 9.6 - 80.0	
- Phase lutéale (J+ 3 à J+ 15) : 0.2 - 6.5	
- Ménopause : 8.0 - 33.0	

### PROLACTINE

(Electrochimiluminescence ECLIA-Roche)

22,10 ng/ml

#### Valeurs usuelles en ng/ml

Femme	: 5 à 35 ng/ml
Homme	: 3 à 25 ng/ml

1020288074

DR HAMID AARAB  
BIOLOGISTE  
Tél. 0536 68 10 26 - 02/02/2021