

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° W19-525386

66937

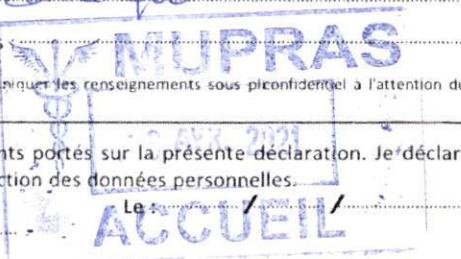
<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule :	3101	Société :
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : Sadiq Mohamed		
Date de naissance : 1943		
Adresse : 38 Rue Aljal Ben Abdellah		
Tél. 066374763 Total des frais engagés : Dhs		

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin : 	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : hypertension	
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 :

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
11/10/2023	Visite	1/2	30000	INP : INPE:091149005 Date : 17/9/2023 Signature : Dr. Hayat Ouardi

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
BORATOIRE AL FARABI LAHLOU RABAA ASMAE 1, Bd. Raja El Meskin N: 0522 44 1977/78 - Casab	08/02/21	B 240	1000DH

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																		
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.																		
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées Nature des Soins Coefficient	INP : <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-right: 10px;" type="text"/>																
		CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-top: 10px;" type="text"/>																
		MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-top: 10px;" type="text"/>																
		DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-top: 10px;" type="text"/>																
		FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-top: 10px;" type="text"/>																
		O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: 20px;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">G</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">B</td> <td>35533411</td> <td></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	11433553	B	35533411		CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-top: 10px;" type="text"/>		
				H	25533412	21433552												
				D	00000000	00000000												
				G	00000000	11433553												
				B	35533411													
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-top: 10px;" type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-top: 10px;" type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-top: 10px;" type="text"/>														
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS														
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														

مختبر التحاليل الطبية والعلمية الفراتي
Laboratoire d'Analyses Médicales et Scientifiques AL FARABI

Dr Asmae LAHLOU RABBAA

Pharmacien Biologiste

51, Bd. Rahal El Meskini - Casablanca

Tél. : 05.22.44.19.77

Fax : 05.22.44.19.78

Patente : 34303968

I.F : 41903968

I.C.E : 001634209000008

I.N.P : 093000032



FACTURE 21000138

Nom : **SABER**

Prénom : **FATIMA**

Suite aux Analyses Effectuées Le 03/02/2021

Sous La Prescription Du Docteur ZAID DRISS

Organisme : RAM

~NFS2~CRE~AU~FERRI1~VITD1

Cotation : B 840

Montant Net à payer : 1000 Dhs

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

MILLE DHS

LABORATOIRE AL FARABI
Dr. LAHLOU RABBAA ASMAE
51, Bd. Rahal El Meskini
Tél: 0522 44 19 77/78 - Casa



CENTRE DE MALADIES RENALES DIALYSE AL HAYAT OASIS

CASABLANCA

11-02-2021



Professeur Zaid Driss
Néphrologie
Dialyse

Sabri ferreira

NFS. ferratine

Creatinine

Uricémie

Uto 1)

Professeur ZAID Driss
Néphrologie
Centre de Maladies Rénale Dialyse
Al Hayat Oasis

29, Rue Edmond Rostand - Oasis
Casablanca - Tél: 0522 77 99 50



Docteur Asmae LAHLOU RABBA

Pharmacien Biologiste
 Diplômée des Universités de Lyon & Paris
 Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
 C.E.S. d'Hématologie - Biochimie Clinique
 Bactériologie et Virologie - Immunologie Générale
 Parasitologie et Mycologie - Pathologie Médicale



Membre de la Société Française de Biologie Clinique

Prélèvement du : 03/02/2021 à 12:32:53

Edition du : 04/02/2021



KB58843

Mme. SABER FATIMA

Dossier n° : 2102033797

Dr. ZAID DRISS

Page : 1 / 2

HEMATOLOGIE

SYSMEX XN-350 (Fluorescence en cytométrie de flux)

Normes

Antériorités

HEMATIES	4,85	10^12/L	(4,49 à 5,08)
Hémoglobine	12,8	g/dl	(11,9 à 14,6)
Hématocrite	38,8	%	(36,6 à 44)
VGM	80	fl	(82,9 à 98)
TCMH	26,39	pg/L	(27 à 33)
CCMH	32,99	%	(31,8 à 34,7)
LEUCOCYTES	8,2	10^9/L	(4,01 à 11,42)
Polynucléaires neutrophiles	73,0	%	(41 à 70,7)
soit	5,99	10^9/L	(1,75 à 7,5)
Polynucléaires éosinophiles	2,0	%	(0,1 à 1,2)
soit	0,16	10^9/L	(0,01 à 0,4)
Polynucléaires basophiles	0,0	%	(0,1 à 1)
soit	0	10^9/L	(0,01 à 0,07)
Lymphocytes	22,2	%	(18,3 à 45,7)
soit	1,82	10^9/L	(1,24 à 3,97)
Monocytes	2,8	%	(4,2 à 11,8)
soit	0,23	10^9/L	(0,25 à 0,84)
PLAQUETTES	257	10^9/L	(185 à 445)

LABORATOIRE AL FARABI
 Dr. LAHLOU RABBA ASMAE
 51, Bd. Rahal El Meskini
 Tel: 0522 44 1977/78 - Casablanca

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES & SCIENTIFIQUES AL FARABI

Docteur Asmae LAHLOU RABBA

Pharmacien Biologiste
Diplômée des Universités de Lyon & Paris
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
C.E.S. d'Hématologie - Biochimie Clinique
Bactériologie et Virologie - Immunologie Générale
Parasitologie et Mycologie - Pathologie Médicale

Membre de la Société Française de Biologie Clinique

Prélèvement du : 03/02/2021 à 12:32:53

Edition du : 04/02/2021



KB58843

Mme. SABER FATIMA

Dossier n° : 2102033797

Dr. ZAID DRISS

Page : 2/2

BIOCHIMIE (COBAS ROCHE C111)

			Normes	Antériorités
Créatinine	_____	92	μmol/L mg/L	(53 à 115) (6 à 13)
(Tech: Cobas Roche C111)	soit _____	10,4		
Acide urique	_____	303	μmol/l mg/l	(142,8 à 339,2) (24 à 57)
(Tech:Cobas Roche C111)	soit _____	50,9		
Ferritine	_____	32,60	ng/ml	(9,3 à 159)
(Tech : ELFA Minivid BioMerieux)				

Valeurs usuelles :

Femmes cycliques : 9.3 - 159 ng/ml

Femmes ménopausées : 24.4 - 278 ng/ml

Vitamine D2/D3(25 Hydroxy-Vitamine D) (Tech : ELFA Minivid BioMerieux)

Résultat _____ < 8.1 ng/ml

Valeurs souhaitables : 30 - 100 ng/ml

Carence : < 20 ng/ml
Insuffisance : 20 - 29 ng/ml
Toxicité : > 100 ng/ml

LABORATOIRE AL FARABI
Dr. LAHLOU RABBA ASMAE
51, Bd. Rahal El Meskini
Tél: 0522 44 19 77/78 - Casablanca

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES & SCIENTIFIQUES AL FARABI

Docteur Asmae LAHLOU RABBAA

Pharmacien Biogiste
Diplômée des Universités de Lyon & Paris
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
C.E.S. d'Hématologie - Biochimie Clinique
Bactériologie et Virologie - Immunologie Générale
Parasitologie et Mycologie - Pathologie Médicale



Membre de la Société Française de Biologie Clinique
Prélèvement du : 03/02/2021 à 12:32:53

Edition du : 04/02/2021



KB58843

Mme. SABER FATIMA

Dossier n° : 2102033797

Dr. ZAID DRISS

Page : 3 / 3

BIOCHIMIE URINAIRE

Normes

Diurèse _____

2

L

MICROALBUMINE DES 24h

(Tech : Turbidimétrie)

Résultat en mg/24H _____

5,8

mg/24

(< = à 30)

LABORATOIRE AL FARABI
Dr. LAHLOU RABBAA ASMAE
51, Bd. Rahal El Meskini
Tel: 05.22.44.19.77 - Fax: 05.22.44.19.78 - E-mail: alfarabi-lahlou@hotmail.fr
Identification.Fiscale : 41903968 - Taxe Professionnelle : 34303968 - CNSS : 2291087 - ICE : 001634209000008