

## 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

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

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° W21-610814

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire
Cadre réservé à l'adhérent(e)	
Matricule :	34 62
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)
Nom & Prénom : SOUSSI LAHOUAIME	
Date de naissance : 30/10/1946	
Adresse : Rue moulay Abdellatif NR 07 Hg EL Hassani Laayoune	
Tél. :	06 67 19 73 83
Total des frais engagés : 415,00 Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	4/10/2021
Nom et prénom du malade : IGHANIAS FADIMA	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
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 déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Laayoune

Le : 10/10/2021

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	N° W21-610814
Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	

Matricule : 34 62  
 Nom de l'adhérent(e) : SOUSSI LAHOUAIME  
 Total des frais engagés : 415,00 Dhs  
 Date de dépôt :

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
<i>22/04/2018</i>	<i>11/04/2018</i>	<i>1</i>	<i>145€ HT 62,00</i>	<i>INP : 11111111111111111111111111111111</i>
<i>21/04/2018</i>				<i>Signature de l'INP</i>

ANALYSES - RADIographies			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>Centre d'analyses médicales et scientifiques spécialisées docteur en radiologie docteur en V.M.A.F.</i>	04/05/21	5302	355.-

#### VIOLET ADHERENT

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

ROYAUME DU MAROC

Ministère de la Santé  
 jation de la Wilaya de Laâyoune - Boujdour  
 Hôpital My el Hassan Ben el Mehdi  
SEGMA Laâyoune



LET D'EXAMEN DE :

du Malade : L. Fghanta ..... N° d'entrée : .....

ce : Fadu ..... N° Externe : .....

EXAMEN DEMANDE

- Uro - hyst  
 - Ecgy n'shl m'nd

: réponse au verso

Laâyoune le : 22/04/2021  
 Le Médecin traitant

ROYAUME DU MAROC

Ministère de la Santé  
 S'ignon e la Wilaya de Laâyoune - Boujdour  
 Hôpital My el Hassan Ben el Mehdi  
SEGMA Laâyoune

LI T D EXAMEN DE :

du Malade : .....

ce : .....

d'entrée : .....

Externe : .....

EXAMEN DEMANDE



Le date : .....

Le numéro N° : .....

ROYAUME DU MAROC  
MINISTERE DE LA SANTE  
DELEGATION PROVINCIALE  
LAAYOUNE



المملكة المغربية  
وزارة الصحة  
المندوبية الإقليمية  
العيون

FICHE DE REFERENCE /CONTRE REFERENCE

Nom : Tayebas ..... Prénom : Fadoua ..... Age : .....  
Formation : MSSB

Motif : .....

diabète de 7 ans  
mardi de 26.2 = 85 - 84.2

Est adressé (e) : Conseil A

Le Médecin Traitant Le : .....

REPONSE DU MEDECIN SPECIALISTE :

sous APD  
5 - 84.2

Le Médecin Spécialiste Le : .....

الرجو الاتصال بالموعدى لسحب موعدكم حسب مكان تواجد فحصكم :  
0528892527 : مستشفى الحسن الثاني للإخصاصات العيون  
مستشفى مولاي الحسن ابن المهدي العيون : Tel 0528980454  
أو غير : Web [www.mawiidi.ma](http://www.mawiidi.ma)

## CENTRE HOSPITALIER REGIONAL LAAYOUNE

EX : 21

HOPITAL : ..... Quittance

N° ) 1164219

Reçu de M : FATHIA A GOUASSSE

La somme de : 60,00

Date : 22 - 04 - 21

Nature de la Recette	Montant	Cachet et Signature régisseur
C   NERA	60,00	
TOTAL	60,00	

# CENTRE D'ANALYSES MEDICALES ET SCIENTIFIQUES SPÉCIALISÉES

DOCTEUR EL KAMAR

Biogiste Médical

Ancien Interne des Hôpitaux de Lyon et Montpellier France  
Diplôme d'Etudes Spécialisées de Biologie Médicale  
Diplôme d'Université d'Antibiothérapie  
Diplôme d'Université de Qualité en Biologie Médicale

Bactériologie - Biochimie Clinique - Hématologie - Immunologie - Mycologie - Parasitologie - Virologie



# مركز التحاليل الطبية والعلمية المتخصصة

الدكتور القمر

احياني

ملحق سابق بمستشفيات فرنسا (لyon و مونبلييه )  
دبلوم الدراسات المتخصصة في البيولوجيا الطبية  
دبلوم جامعي في المضادات الحيوية  
دبلوم جامعي في جودة البيولوجيا الطبية

Mme IGHOULAS FADMA

040521 053

FACTURE : 32535 2105

Laayoune, le 04/05/2021

## ANALYSES :

9568	ECBU(1er jet du matin /Milieu de jet )	B	150
0001	MICRO-ALBUMINURIE	B	092
0592	CREATININE	B	030
0591	UREE	B	030

TOTAL B 302

PRELEVEMENTS : ! 1 T1 25,00

Soit 25,00 Dhs

TOTAL DOSSIER : 355,00 Dhs

ARRETEE LA PRÉSENTE FACTURE A LA SOMME DE :

Trois cent cinquante cinq Dh

شارع مكة العيون 135, Avenue Mekka Laâyoune 70 000

: 05 28 89 13 75 / 05 28 99 73 20 - : 05 28 89 29 68 - : camss2013@gmail.com

Centre d'analyses médicales  
et scientifiques spécialisées  
الدكتور EL KAMAR

# CENTRE D'ANALYSES MEDICALES ET SCIENTIFIQUES SPÉCIALISÉES

DOCTEUR EL KAMAR

Biogiste Médical

Ancien Interne des Hôpitaux de Lyon et Montpellier France  
Diplôme d'Etudes Spécialisées de Biologie Médicale  
Diplôme d'Université d'Antibiothérapie  
Diplôme d'Université de Qualité en Biologie Médicale

Bactériologie - Biochimie Clinique - Hématologie - Immunologie - Mycologie - Parasitologie - Virologie



# مركز التحاليل الطبية والعلمية المتخصصة

الدكتور القمر

احياني

ملحق سابق بمستشفيات فرنسا (لyon و مونبلييه )  
دبلوم الدراسات المتخصصة في البيولوجيا الطبية  
دبلوم جامعي في المضادات الحيوية  
دبلوم جامعي في جودة البيولوجيا الطبية

Docteur OUADDI FATIMA

Prélèvement Effectué au Laboratoire  
Date du prélèvement : 04/05/2021 à 10h17  
Edité le: 05/05/2021  
Résultats complets

Mme IGHOULAS FADMA

Dossier : 040521 053

DN : 01/01/1965

2 /2

## BACTERIOLOGIE

### EXAMEN CYTO-BACTERIOLOGIQUE DES URINES

(AUTOMATE UF-500i \_SYSMEX)

DATE DU PRELEVEMENT : 04/05/2021  
PRELEVEMENT REALISE : Au laboratoire  
HEURE DE RECEPTION AU LABORATOIRE: 10h30min

#### EXAMEN PHYSICO-CHIMIQUE

PH	:	6,0
GLUCOSE	:	Recherche négative
ALBUMINE	:	Recherche négative
ACETONE	:	Recherche négative

#### EXAMEN CYTOLOGIQUE

Leucocytes	:	400 /ml	< 20 000
		1 /mm <sup>3</sup>	< 20
Hématies	:	500 /ml	< 25 000
		1 /mm <sup>3</sup>	< 25
Cellules épithéliales	:	100 /ml	< 40 000
Cylindres urinaires	:	0 /ml	< 10 000
Cristaux	:	0 /ml	< 40 000
Levures	:	0 /ml	< 6 000
Cellules arrondies	:	100 /ml	< 6 000
Cylindres pathologiques	:	0 /ml	< 500
Mucus	:	0 /ml	
Conductivité	:	7,30 mS/cm	

NUMERATION DES GERMES : <10<sup>3</sup>/ml

#### CULTURE ET INTERPRETATION : ABSENCE DE GERME PATHOGENE

(selon les recommandations de la Société Française de Microbiologie)

Profil bactériologique en faveur d'une absence d'infection urinaire



# CENTRE D'ANALYSES MEDICALES ET SCIENTIFIQUES SPÉCIALISÉES

DOCTEUR EL KAMAR

Biogiste Médical

Ancien Interne des Hôpitaux de Lyon et Montpellier France  
Diplôme d'Etudes Spécialisées de Biologie Médicale  
Diplôme d'Université d'Antibiothérapie  
Diplôme d'Université de Qualité en Biologie Médicale

Bactériologie - Biochimie Clinique - Hématologie - Immunologie - Mycologie - Parasitologie - Virologie



# مركز التحاليل الطبية والعلمية المتخصصة

الدكتور القمر

احياني

ملحق سابق بمستشفيات فرنسا (لyon ومونبليه)  
دبلوم الدراسات المتخصصة في البيولوجيا الطبية  
دبلوم جامعي في المضادات الحيوية  
دبلوم حاملي في جودة البيولوجيا الطبية

Docteur OUADDI FATIMA

Prélèvement Effectué au Laboratoire

Date du prélèvement : 04/05/2021 10h17

Edité le: 05/05/2021

Résultats complets

1 /2

Mme IGHOULAS FADMA

Dossier : 040521 053

DN : 01/01/1965

## BIOCHIMIE (HITACHI 912)

		VALEURS DE REFERENCE	ANTECEDENTS
UREE	: 0,37 g/l 6,14 mmol/l	( 0.15 à 0.48 ) ( 2.76 à 8.07 )	01/07/19 : 0.25
CREATININE (Calibrée sur la méthode IDMS)	: 9,0 mg/l 79,2 µmol/l	( 6.0 à 12 ) ( 44 à 124 )	01/07/19 : 9.3

## CHIMIE URINAIRE (HITACHI 912)

		VALEURS DE REFERENCE	ANTECEDENTS
DATE DE RECUET DES URINES	: 05/05/2021		
DIURESE	: 3 950 ml/24h		
MICROALBUMINURIE DE 24h	: 22 mg/l 87 mg/24h	(VR: < 30)	13/04/21 : 85

