

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 Alial 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° W21-656368

ND 86679

Par courrier

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)		Société :	
Matricole : 8538		RAM MUPRAS	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : IBN Khalidoun MUSTAFA		IBN Khalidoun MUSTAFA	
Date de naissance : 19/09/1963		04 OCT. 2021	
Adresse : N° 15 Bloc 10 CITE SIDI MOHAMED Abdellah		ACCUEIL	
Tél. : 0684200433		Total des frais engagés : 760 Dhs	

Autorisation CNIDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :	Dr ELGHAZI My Younes Hématologie Clinique N° 18, Résidence Al Seuss Bd. Hassan II ACADIR - tél: 0661179009 Tél. Cabinet 05 22 921947 / 0540090102		
Date de consultation :	30/09/2021		
Nom et prénom du malade :	IBN KHALIDOUN BASMA Age:		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Anémie		
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 : Agadir

Le : 30/09/2021

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	N° W21-656368
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).	
Matricole : 8538	
Nom de l'adhérent(e) : IBN Khalidoun	
Total des frais engagés : 760	
Date de dépôt : 30/09/2021	

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
30/9/21	CS		300 DH	INP : 09000443PM
20/3/21	CS		A.G	Dr. A. G. 20/3/21

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE CENTRALE D'ANALYSES MEDICALES	29/09/2021	B.325	460,00 DH
Docteur JAZOULI Mohamed Jalil			
Immeuble n° 4 Av Cheikh Saïd Agadir - 800468			

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

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

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412	21433552	
		00000000	00000000	
	D	00000000	00000000	
		35533411	11433553	
	G			
	B			
	[Création, remont, adjonction]	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
<img alt="Diagram of upper and lower dental arches with numbered teeth from 1 to 8. Arrows point to specific teeth: H at the top, D on the left, G on the right				

Dr.EIomari Moulay Younes

Spécialiste en Hématologie clinique.

Oncohématologie et Greffe de moelle osseuse

Adulte-Enfant

Diplômé de la Faculté de médecine de casablanca

Attestation de Formation spécialiste en hématologie clinique - Université de bordeaux - France

Attestation de Formation spécialiste approfondie en hématologie clinique - Université de Marseille - France

Ancien praticien attaché Oncohématologue au CHU de Nîmes - France

الدكتور العمرى مولاي يونس

اختصاصى أمراض الدم، السرطان

وزع الشخاع المضمى

كبار - أطفال

دبلوم التخصص من كلية الطب بالدار البيضاء

شهادة التكوين المتخصص في أمراض الدم بجامعة بوردو - فرنسا

شهادة التكوين المتخصص المعمق في أمراض الدم بجامعة مرسيليا - فرنسا

طبيب ملحق سابق بالمستشفي الجامعي بنليم الدار البيضاء

Agadir Le 30.09.21.

Dr. El OMI RI MLY Younes
Hématologie Clinique
N° 18, F - Avenue Aït Souss Bd. Hassan II
Agadir - Maroc. Téléphones : 0661179009
Tél: Cabinet 0520821947 / 0540090102
IBN KHALDOUANE BASMA

Note d'honoraire

consultation

300 DT

Dr. El OMI RI MLY Younes
Hématologie Clinique
N° 18, F - Avenue Aït Souss Bd. Hassan II
Agadir - Maroc. Téléphones : 0661179009
Tél: Cabinet 0520821947 / 0540090102

رقم 18، عمارة ايت سوس الطابق الخامس، شارع الحسن الثاني - أكادير

N°18, Avenue El Hassan II, Imm Aït Souss 5^{eme} Étage - E-mail : dreIomariyounes@yahoo.fr

Tél.d'urgence : 06 61 17 91 19 - Tél : 05 40 09 01 02 - 05 28 82 19 47

Identifiant IGR : 14389661 - Taxe Professionnelle : 48179012 - CNSS : 9343047

ICE : 001918208000079

Dr. Elomari Moulay Younes

Spécialiste en Hématologie clinique , Oncohématologie et Greffe de moelle osseuse (Adulte – Enfant)

Diplôme de la Faculté de Médecine de Casablanca

Attestation de formation spécialisée en hématologie clinique - Université de Bordeaux- France

Attestation de formation spécialisée approfondie en hématologie clinique - Université de Marseille- France

Ancien praticien attaché Oncohématologue au CHU de Nîmes - France

الدكتور العمري مولاي يونس

اختصاصي امراض الدم، السرطان و زرع النخاع العصمي

عيادة - أطفال

دبلوم التخصص من كلية الطب بالدار البيضاء

شهادة التحويل من التخصص في أمراض الدم بجامعة بوردو - فرنسا

شهادة التحويل من التخصص في أمراض الدم بجامعة مرسيليا - فرنسا

طبيب ملحق سابق بالمستشفي الجامعي بنجمة الفراتية

(Sur Rendez- vous : بالموعد)

Nom et Prénom : IBN KHALDOUN BASMA Date : 29/09/14

BILAN BIOLOGIQUE

Faire faire SVP :

NFS Plaquettes

Réticulocytes

- Etude Morphologie des Hématies .
- Etude Morphologie des Plaquettes .
- Etude Morphologie des Leucocytes .
- Cellules Anormales

Férritinémie.

Fer Sérique.

CTF.

Electrophorèse des hémoglobines en HPLC

Urée.

Créatinine.

Clairance à la Créatinine.

VS.

CRP.

Glycémie.

Hémoglobine Glycosylée.

Triglycérides.

Cholestérol, LDH, HDL.

Electrophorèse des Protéines Sérique.

Recherche Protéinurie Bence Jones.

IF Protéines Sériques.

IF Protéines Urinaires.

Dosage Pondéral chaînes légères libre.

Bêta 2 Microglobuline.

GOT - GPT - Ph. Alcalines.

Haptoglobine.

BT - BC.

Sérologie HbS Ag - Ac.

*Dr. Elomari Moulay Younes
Sérologie Clinique
Aït Souss Bd. Hassan II
Agadir - Maroc - 21947 / 0520090102*

HIV 1-2.

HTLV1.

EBV développée.

Parvovirus.

Test Coombs Direct.

RAI.

Recherche de Cryoglobulines.

Waaler rose.

Anti ECT.

Réaction au Latex.

Ac Anti-DNA natif.

Anti Peptides Citrallines.

Ac. Anti-nucléaires.

TCA.

Fibrinémie.

TP.

TCA avec preuve T + M.

Tps saignement (IVY).

Protéine S.

Ac. Anti-phospholopides.

Résistance Protéine C Activée.

Dosage Protéines AT3.

Homocystéine.

Autre

Lipoprotéines.

Bilan à faire S.V.P le

L.A.D.
LABORATOIRE CENTRALE
ANALYSES MEDICO-LEGALES
Dr JAZOULI Mohamed Jelal
Immeuble "Le Nid" Av Cheikh Saadi
Agadir - Maroc - 888400

المختبر المركزي للتحاليل الطبية

LABORATOIRE CENTRAL D'ANALYSES MEDICALES

AGADIR le: 29/09/2021

FACTURE N° 20279/2021

Médecin

Nom du patient **MLLE IBNKHALDOUN BASMA**

Examens - NFS- FERRI

Cotation **B 325**

Montant **460,00 DH**

Arrêtée la présente note d'honoraires à la somme de: QUATRE CENT SOIXANTE DIRHAMS

LABORATOIRE CENTRALE
D'ANALYSES MEDICALES
Doczur II
N° 8.9 Immeuble Saroue
Av Cheikh Saadi
Agadir - 8484 68

**LABORATOIRE CENTRAL
D'ANALYSES MÉDICALES**
Ouvert du Lundi au Vendredi de 7h à 19h
& le Samedi de 7h à 13h
Clinique et Urgence 7j/7j, 24h/24h
Prélèvement à Domicile (sur RDV)



Dr. JAZOULI Mohammed Jalal
Spécialiste en : Hémato-cytologie
Biochimie - Sérologie - Immunologie
Bactériologie - Virologie - Parasitologie
Mycologie - Biologie de la Reproduction

Prélèvement du : 29/09/2021 à 08:58
 Résultats édités le: 29/09/2021

MLLE IBNKHALDOUN BASMA
 Dossier N° 19L743

Page: 1/1

HEMOGRAMME
 (Sur Automate Sysmex XT-4000i)

NUMERATION

			Valeurs de référence	
		Femme		31/12/19-10:06
GLOBULES BLANCS.....	4 960	/mm ³	4 000 à 10 000	7 900
GLOBULES ROUGES.....	4,2	M/mm ³	3,8 à 5,4	3,87
HEMOGLOBINE.....	13,0	g/dL	12 à 16	11
HEMATOCRITE.....	39,0	%	37 à 47	33,2
VGM.....	97,0	μ ³	82 à 98	86
TCMH.....	30,0	pg	27 à 33	27
CCMH.....	32,0	g/dL	32 à 36	32
PLAQUETTES.....	215	10 ³ /mm ³	150 à 400	240

FORMULE

POLYNUCLEAIRES NEUTROPHILES.....	51	%	40
Soit	2530	/mm ³	1 800 à 7 500
POLYNUCLEAIRES EOSINOPHILES.....	3	%	3
Soit	149	/mm ³	0 à 500
POLYNUCLEAIRES BASOPHILES.....	0	%	0
Soit	0	/mm ³	0 à 100
LYMPHOCYTES.....	40	%	49
Soit	1984	/mm ³	1 000 à 4 500
MONOCYTES.....	6	%	8
Soit	298	/mm ³	200 à 1 000

BIOCHIMIE SANG
 integra 400 plus

FERRITINÉMIE : 325,70 ng/ml (*) 15,00 à 200,00 ng/ml

Antécédent du 31/12/19 - 10:06 : 4,29 ng/ml

LABORATOIRE CENTRAL
 D'ANALYSES MÉDICALE
 Docteur JAZOULI Mohamed J.
 N° 8 Immeuble 6 Av. Cheikh Saadi
 Agadir 84000
 Valeurs de référence

La Qualité est notre souci permanent

Total de page Biologiste

N° 8.9 Immeuble saroure avenue cheikh-saadi talborjte, Agadir - Tél : 05 28 84 84 68 Gsm : 06 66 11 11 19
 E-mail : labocentral1@gmail.com - ICE : 000506403000045 - IF : 80315294 - TP : 48315109 - CNSS : 5446621