

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.

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° P19- 0041242

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2955 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : OUAHDOU RABIA

Date de naissance : 8-7-54

Adresse : 92, 1st MABROUKA - MARRAKECH

Tél. : 06 22 8652 29 Total des frais engagés : 1176,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Ouahdou Rabia Age :

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

Nature de la maladie : Colite post-traitement

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.

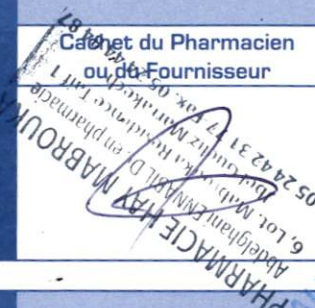
Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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
08/03/22	CS		150,00	 

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 6, Lot. Méd. El MABROUKI, 30000 Marrakech, Maroc Tél: 05 24 42 37 70 - Fax: 05 24 42 37 71	23/3/22	89,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 6, Lot. Méd. EL MABROUKI, 30000 Marrakech, Maroc Tél: 05 24 42 37 70 - Fax: 05 24 42 37 71	23/03/22	B 834,08	921,00 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

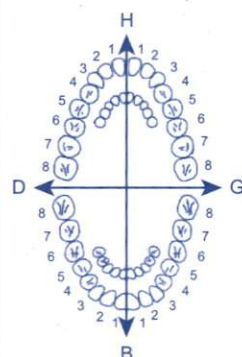
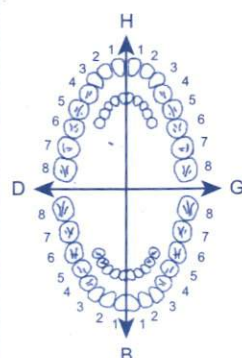
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
	<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 colspan="2">D</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> <tr><td colspan="2">G</td></tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
G																				
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																				
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'EXECUTION

وصفة
Ordonnance

Le: 25/07/22



amouhda Fakia

4960x2

7 J - cure (75.000 cef

1 amp / 15 j pendant 2 mois

1 amp / 3 mois pendant 1 an

98,20

[Signature]

PHARMACIE HAY MABROUKA
Abdelghani ABIL Dr. en pharmacie
6, Lot. MEDICIN VACCAIRE
Jbel Doudiz Marrakech
Tel: 05 24 42 31 77 Fax: 05 24 44 84 87
POLYCLINIQUE ADDAMMAN MARRAKECH
INPE 071255-73
MEDECIN VACCINAIRE
ENTEROLOGUE
MEDECIN GASTRO
DR ISMAIL YOUNES

Nom: Ouahdon Rabia

- NFS - Mg
- Fertiline
- vit D
- TSH vs
- GA ن

LABORATOIRE D'ANALYSE
MEDICAL ES AL ATLAS
Dr. DALILA BOULOUGHIA
ET SAÏF HAM LOUHHAM N°7 MARRAKECH
TEL : 05 24 44 80 82

Dr. JAMIL EL ATMANI
GASTRO - ENTEROLOGUE
MEDECIN VACATAIRE
INPE 071255558
RUE 29 MARRAKECH

LABORATOIRE AL ATLAS D'analyses Médicales

Dr. Dalila Boulouha
Pharmacien Biologiste

Biochimie clinique
Bactériologie médicale
Hématologie clinique
Immunologie

Hormonologie
Parasitologie - Mycologie
Virologie Médicale
Sérobiologie



مختبر
الأطلس
لتحليلات الطبية

مختبرية بولوجيا
مختبرية إحصائية

علم الفيروسات
علم الطفيليات
علم الفيروسات
بيولوجيا الخلايا

علم الكيمياء الحيوية
علم الجزيئات
علم المناعة
علم المناعة

PATENTE : 64210120 - IF : 18735638 - ICE : 001557764000057

Marrakech le 23 mars 2022

Madame OUAHDOU RABIA

FACTURE N°	682
------------	-----

Analyses :			
Numération formule sanguine -----	B	65	
Glycémie (à jeûn) -----	B	19	
Vitamine D -----	B	9,0909	
Ferritine -----	B	250	
Thyreostimuline (TSH us) -----	B	90,999	Total : B 834,0899

Prélèvements :			
Sang-----	Pc	1,5	

TOTAL DOSSIER	927,00 DH
---------------	-----------

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Neuf Cent Vingt Sept Dirhams

LABORATOIRE D'ANALYSE
MÉDICALES AL ATLAS
DR DALILA BOULOUGHA
ROND-POINT ROUTE DE CASA
ET SAFI LAM LOURAMI N°7-MARRAKECH
TEL : 05 24 44 80 82



N° IPP: 198567

N° SEJOUR: 220005762

FACTURE N° 2202003166

DATE D'ENTREE: 08/03/2022

DATE DE SORTIE: 08/03/2022

ASSURE:

MALADE: OUAHDOU, Rabia

NOM JEUNE FILLE:

TIERS PAYANT 1:

TIERS PAYANT 2:

REF. PC 1:

REF. PC 2:

UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI

N° IMMAT C.N.S.S:

N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE:

N° SE. SOC. ETRANG.:

DESTINATAIRE:

OUAHDOU, Rabia

NATURE DE PRESTATION	LETTRE	NOMBRE	PRIX	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
	CLE	x COEF	UNITAIRE		% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
CONSULTATION DE MEDECIN										
CONSULTATION DE SPECIALISTE	Cs	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant: M1300007 DR EL ATMANI JAMAL (GASTRO-ENTEROLOGUE)

TOTAUX: 150.00

150.00

Arrêtée la présente facture à la somme de:

CENT CINQUANTE DHS

PLAFOND PC:

ACOMPTE:

REMISE:

0.00

REGLE:

AVOIR:

RESTE DU:

150.00

DATE FACTURE: 08/03/2022

EDITEE LE: 08/03/2022

PAR: TAIA

ACCIDENT DE TRAVAIL:

VISA

N° DE POLICE:

DATE AT:

Règlement à effectuer à l'ordre de:

POLYCLINIQUE ADDAMAN - MARRAKECH

BANQUE:

BMCE - MARRAKECH MENARA

N° compte bancaire:

011 450 0000 12 210 00 60620 67



Dr. J. EL ATMANI
GASTRO-ENTEROLOGUE
EN VACATAIRE
071255358
MARRAKECH

Dr. Dalila Boulouha

Pharmacien Biologiste

Ouvert 24/24

7j/7

د. دليلة بولوحا

صيدلانية إحيائية

Biochimie clinique
Bactériologie médicale
Hématologie clinique
Immunologie

Hormonologie
Parasitologie - Mycologie
Virologie Médicale
Spérmiologie

علم الهرمونات
علم الطفيليات
علم الفيروسات
بيولوجيا التكاثر

علم الكيمياء الحيوية
علم الجراثيم
أمراض الدم
علم المناعة

Dossier ouvert le : 23/03/22
Prélèvement effectué à 09:17
Edition du : 23/03/22 à : 16:53



Madame OUAHDOU RABIA

Date de naissance : 08/07/1954

CIN/Pasp. : B41449

Dossier : 22C2583

Prescripteur : Docteur JAMAL EL ATMANI

Page : 1/2

HEMATOLOGIE

NUMERATION FORMULE SANGUINE

(SYSMEX XN 350 / HORIBA ABX PENTRA ES60)

GLOBULES ROUGES

Hématies	:	4,03	*	M/mm ³	4,2 - 5,2
Hémoglobine	:	11,9	*	g/100 ml	12 - 16
Hématocrite	:	36		%	35 - 45
- V.G.M.	:	89		μ ³	85 - 95
- T.C.M.H.	:	30		pg	28 - 32
- C.C.M.H.	:	33		g/100 ml	30 - 35

GLOBULES BLANCS

Numération des leucocytes	:	4 900		/mm ³	4000 - 10000
---------------------------	---	-------	--	------------------	--------------

Formule leucocytaire

Polynucléaires Neutrophiles	:	41,3	*	%	50 - 70
Soit :		2 024		/mm ³	2000 - 7500
Lymphocytes	:	47,5	*	%	20 - 40
Soit :		2 328		/mm ³	1500 - 4000
Monocytes	:	4,3		%	1 - 8
Soit :		211		/mm ³	40 - 800
Polynucléaires Eosinophiles	:	6,5	*	%	1 - 3
Soit :		319		/mm ³	40 - 300
Polynucléaires Basophiles	:	0,4		%	< 1
Soit :		20		/mm ³	< 100

PLAQUETTES

Résultat	:	218 000		/mm ³	150000 - 400000
----------	---	---------	--	------------------	-----------------

BIOCHIMIE

Glycémie à jeûn-----	:	0,98	g/l	Normales	0,7 - 1,1
Soit :		5,4	mmol/l		3,88 - 6,11

(Methode enzymatique à la glucose oxydase Konelab 20 i Thermo)

Dr. Dalila Boulouha

Pharmacien Biologiste

**Ouvert 24/24
7j/7**

د. دليلة بولوحا

صيدلانية إكلينيكية

Biochimie clinique
Bactériologie médicale
Hématologie clinique
Immunologie

Hormonologie
Parasitologie - Mycologie
Virologie Médicale
Spérmiologie

علم الهرمونات
علم الطفيليات
علم الفيروسات
بيولوجيا التكاثر

علم الكيمياء الحيوية
علم الجراثيم
أمراض الدم
علم المناعة

Dossier ouvert le : 23/03/22
Prélèvement effectué à 09:17
Edition du : 23/03/22 à : 16:53



Madame OUAHDOU RABIA

Date de naissance : 08/07/1954

CIN/Pasp. : B41449

Dossier : 22C2583

Prescripteur : Docteur JAMAL EL ATMANI

Page : 2/2

VITAMINES

Vitamine D : 9,50 ng/ml
(Technique ELFA VIDAS BIOMERIEUX)

Déficient	: < 20	ng/ml
Insuffisant	: 20 à 29	ng/ml
Suffisant	: 30 à 100	ng/ml
Toxicité potentielle	: > 100	ng/ml

MARQUEURS TUMORAUX

Ferritine : 126,88 ng/ml
(Technique ELFA VIDAS BIOMERIEUX)

Hommes	: 25 à 300	ng/ml
Femmes	: 10 à 250	ng/ml
Enfants : Nouveau-né	: 50 à 400	ng/ml
Nourisson < 1 mois	: 90 à 600	ng/ml
Nourisson 1 à 2 mois	: 140 à 400	ng/ml
Nourisson 2 à 6 mois	: 40 à 220	ng/ml
Nourisson > 6 mois et enfant jusqu'à 15 ans	: 15 à 80	ng/ml

HORMONOLOGIE

TSH_{us} : 2,12 µUI/ml 0,25 - 5
(Technique ELFA VIDAS BIOMERIEUX)