

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

18

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01981

Société :

Actif Pensionné(e) Autre

Nom & Prénom : Farahate youssef

Date de naissance : 27.10.55

Adresse : 19, rue barcelone, Al bay, Tanger

Tél. : 0664091589 Total des frais engagés : 640,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 14.12.2022

Nom et prénom du malade : FARAHATE HOUSSA Age : 61 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

hypertension artérielle

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) :

Le : 14.12.2022

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
14/12/2022			9	<i>Signature et cachet du Médecin</i>

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
Dr. BEL HAMDOUNIA Med Pharmacien Biologiste Bd. Moulay Slimane, 2 Rue Iberia Beni Makada - TANGER 05 39 95 56 14 - 05 39 95 30	16/12/22	B. 440	640,00 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

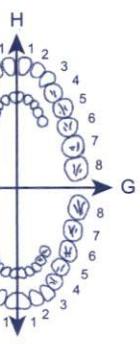
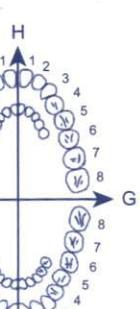
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
ODF PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	Coefficient des travaux
	D	G		Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

14/12/2022

FRARAHATE

HOUSA

(1)

NFS + PCC

(2)

CDP VS

(3)

ASAT, ALAT

(4)

ECBU + anticoag

Signature

لaboratoire d'analyses
Dr. BEL HAMDOUNIA Méd
pharmacien Médicales du PARC
Angle Bd. Moulay Slimane 2 Rue
Tél: 05 30 25 56 14 - 05 39 95 66 29
Boulevard Mohamed Taieb Nacir, Hay El Hassani, BP 82403 Casa Oum Rabii Casablanca • Maroc
Tél : +212 529 004 466 • Fax : +212 529 038 868 • www.hck.ma

BEL HAMDOUNIA Med

Pharmacien Biogiste (France)
Docteur 3^o Cycle en pharmacie
ancien Interne CHU - Montpellier
Ancien Chef de service Laboratoire
pharmacie C.N.S.S.
Spécialiste en
Immunologie - Bacteriologie
Virologie - Hematologie - Biochimie
Parasitologie - Mycologie



مختبر التحاليل الطبية الروض

Laboratoire d'Analyses Médicales du PARC

Laboratoire d'Analyses Médicales Du Parc

Angle Bd.My.Slimane 2 Rue Ibéria
Beni Makada –Tanger
Tél : 05 39 95 56 14

Tanger le, 16/12/2022

Facture N° 2718

Nom : FARAHATE
Prénom : HOUDA

Cotation	Nature des examens	Montant
	NFS VS CRP TGO TGP ECBU	
	TOTAL	640.00 dh

Facture arrêtée à la somme de six cents quarante dh.

- CNSS : 2201052
- PATENTE : 50319500
- I.D FISCAL : 81264000
- ICE : 001633462000001
- INPE : 163000839

مختبر التحاليل الطبية الروض
Laboratoire d'Analyses Médicales du PARC
Dr. BEL HAMDOUNIA Med
Pharmacien Biogiste
Angle Bd. Moulay Slimane - 2 Rue Iberia
Beni Makada - TANGER
Tel. 05 39 95 56 14 / 05 39 95 66 29



Hôpital : CHEIKH KHALIFA
 Docteur : AASFARA JEHANNE
 Melle : FARHATE HOUDA
 Date : 16/12/2022
 Réf : 2008/211920 (018)

EXAMEN CYTO BACTERIOLOGIQUE DES URINES

* EXAMEN MACROSCOPIQUE

- aspect : Léger trouble
- culot : Moyen

* EXAMEN CYTOLOGIQUE (ETAT FRAIS)

- LEUCOCYTES.....
- HEMATIES.....
- CELLULES EPITHELIALES.....
- CRISTAUX
- CYLINDRES.....
- PARASITES.....

* EXAMEN BACTERIOLOGIQUE

- Examen apres coloration (Gram)
- Numeration, de germes.....
- Isolement et identification.....

- couleur : Jaune
- PH : 5

: Nombreux isolés et en amas (Num=10⁵/ml).
 : Quelques isolées,lysées (Num =10³/ml)
 : Quelques isolées
 : Quelques d'oxalate de calcium
 : Quelques spores
 : Néant

: Cocc gram Positif
 : 10⁴ /ml
 : Streptocoque du groupe D.
 Candida albicans

ANTIBIOTICGRAMME

* B LACTAMINES ET APPARENTES

- Amoxicilline.....
- Amox + A Clavulanique (Augmentin)
- Ceftriaxone (Rocephin).....
- Cefuroxime (Zinnat).....
- Cefixime (Oronox).....

: I
 : S++
 : S+++
 : S+++
 : S++

* AMINOSIDES

- Gentamicine (Gentalline).....

: S+++

* QUINOLONES

- Flumequine (Apurone).....

: S++

- Ciprofloxacin (Ciprofloxacin).....

: S+++

- Oflloxacin (Ofloxacin).....

: S+++

* DIVERS

- Trimethop+Sulfam (Bactrim).....

: S+

Dr BEL HAMDOUNIA
 Laboratoire d'Analyses Médicales du PARC
 Angle Bd. Moulay Slimane - 2 Rue iberia - Beni makada
 05 39 95 56 14 (05 39 95 66 29) TANGER



Hôpital : CHEIKH KHALIFA
Docteur : AASFARA JEHANNE
Melle : FARHATE HOUDA
Date : 16/12/2022
Réf : 2008/211920 (018)

EXAMEN HEMATOLOGIQUE

NUMERATION	RESULTATS	VALEURS NORMALES
Globules Rouges.....	: 4.310	M/mm ³ 4 à 5.4
Globules Blancs.....	: 8.500	/mm ³ 4.000 à 8.000
Hemoglobine.....	: 11.4	g/100ml 12 à 16
Hematocrite.....	: 36	% 35 à 47
V G M	: 84	µ 87 à 95
C C M H	: 32	pg 32 à 38
T C M H	: 26	% 28 à 35
FORMULE		
Polynucleaires Neutrophiles.....	: 70	% 60 à 65
	Soit 5950	/mm ³ 2000 à 7500
Polynucleaires Eosinophiles.....	: 2	% Inf 2 %
	Soit 170	/mm ³ 100 à 600
Polynucleaires Basophiles.....	: 0	% 0.5 à 1
	Soit 0	/mm ³ < 150
Lymphocytes.....	: 26	% 25 à 30
	Soit 2210	/mm ³ 1500 à 4000
Monocytes.....	: 2	% Inf 8 %
	Soit 170	/mm ³ 200 à 800
* PLAQUETTES	: 316.000	/mm ³ 150.000 à 400.000

VITESSE DE SEDIMENTATION

- ### - Methode de Westergreen

- Après 1 heure.....	: 12	mm	4 à 6
- Après 2 heures.....	: 26	mm	7 à 10

EXAMEN BIOCHIMIQUE

* TRANSAMINASES TGO..... : 19 UI/L Inf 40
 * T G P..... : 22 UI/L Inf 40

EXAMEN IMMUNOLOGIQUE

PROTEINE - C - REACTIVE

* PCR..... : Négatif
- TAUX..... : < 6 mg/l