

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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

- Reclamation : 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° W21-793025

163170

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12327 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MDA GHAR ELIAZ NOUJIR

Date de naissance : 02/09/1985

Adresse : Les VILLAS DES PRES N°137  
DAR BOU AZZA CAJABIALA

Tél : 0661087775 Total des frais engagés : 1420,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : AZIZ NARJA Age :

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

Nature de la maladie : Dermatoses

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 : Casablanca

Le : 14/06/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



[illegible][illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	31/6/23	B. p. m.	1 120,00

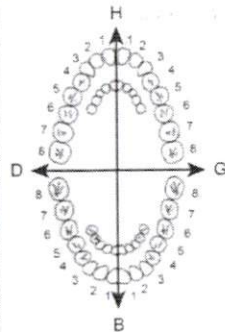
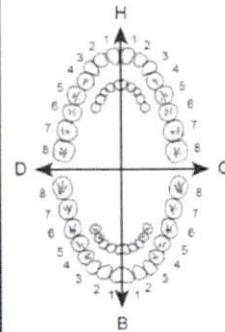
[illegible]

# 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 canalaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Docteur Moussaid Latifa

Dermatologie - Vénérologie  
Brûlés, Médecine Esthétique, Laser

Maladies de la Peau, des Ongles  
Maladies Sexuellement Transmissibles, Chirurgie de  
la Peau et des Ongles, Allergologie, Cosmétologie, Laser

Diplômée en Médecine Esthétique et en Laser  
de la Faculté de Médecine de Besançon (France)  
Membre de la société Française de dermatologie

Attachée à la Polyclinique CNSS Derb Ghallef  
Attachée à la Polyclinique CNSS Bernoussi

## الدراتورة لطيفة مساجر

اختصاصية الأمراض الجلدية و التناسلية  
الحروق، التجميل و الليزر

أمراض الجلد، الشعر و الأظافر، الأمراض التناسلية  
جراحة الجلد و الأظافر

أمراض الحساسية، التجميل، الليزر

حائزة على دبلوم التجميل و الليزر من جامعة بيزانسون (فرنسا)

عضوة الجمعية الفرنسية لطب الجلد

ملحقة بمصحة الضمان الإجتماعي درب غلف

ملحقة بمصحة الضمان الإجتماعي البرنوصي



AZIZ  
marque

Casablanca, le :

11/01/20

VHJ

fermeture.

T3 - T5 + ur

Laboratoire d'Analyses Médicales  
**ACHIFA**  
Dr EL ALLOUSSI Fatima-Zohra  
Médecin Biologiste

Doc. Moussaid Latifa  
Dermatologue  
Vénérologue  
Laser  
Brûlés, Médecine Esthétique, Laser  
N° 193 Rés. Oum Rabii Bd. Oum Rabii  
Oulfa Casablanca - Gsm: 06 63 23 08 80

رقم 193، إقامة أم الربيع، شارع أم الربيع، شقة رقم 15 (بجانب ليديك الألفة) الدار البيضاء، الهاتف: 05 22 93 11 34 - المحمول: 06 63 23 08 80

N° 193, Résidence Oum Rabii, Bd. Oum Rabii, Appt.15 (A côté de la lydec Oulfa) Casablanca

Tél. : 05 22 93 11 34 - Gsm : 06 63 23 08 80 - E-mail : latimoussaid@hotmail.com

I.F : 40415419 - Patente : 36019538 - ICE : 002134416000020 - INP : 091028357



INPE :



093061984

FACTURE N° : 230600099

CASABLANCA le 03-06-2023

Mme AZIZ Marya

## Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Prélèvement sanguin	E20	E
0154	Ferritine	B250	-
0164	TSH us	B250	B
0165	T3L	B300	B
0439	Vitamine D	B450	B

Total des B : 1000

TOTAL DOSSIER : 1120.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : mille cent vingt dirham s.

Laboratoire d'Analyses Médicales  
ACHIFA  
Dr EL ALLOUSSI Fatima-Zohra  
Médecin Biologiste  
Tél. 0522 69 48 48 Fax 0522 65 88 55  
IF 25017435 Patente 32960317  
ICE 002086050000088 CNSS 5885192

INPE :



093061984

الدكتورة الألوسي فاطمة الزهراء

Dr EL ALLOUSSI Fatima-Zohra

Médecin Biologiste

Diplômée de la Faculté de Médecine de Casablanca

D.U. Assurance Qualité, Université de Bordeaux

D.U. de Médecine et biologie de la reproduction et AMP

Date du dossier : 03-06-2023

Date du prélèvement : 03-06-2023

Code patient : 2202160043

Né(e) le : 03-04-1981 (42 ans)

Mme AZIZ Marya

Dossier N° : 2306030071



Prescripteur : Dr MOUSSAID LATIFA

## BIOCHIMIE SANGUINE

Ferritine

(Chimiluminescence)

5.87 ng/mL

(12.00-135.00)

## VITAMINES

25-OH-Vitamine D (D2+D3)

(Chimiluminescence)

28.4 ng/mL

Interprétation

25-(OH) vitamine D	Statut
< 20ng/ml	Déficient
20 -29 ng/ml	Insuffisant
30- 100 ng/ml	Suffisant
> 100ng/ml	Toxicitépotentielle

Laboratoire d'Analyses Médicales  
ACHIFA  
Dr EL ALLOUSSI Fatima-Zohra  
Médecin Biologiste



## HORMONOLOGIE

## TSH us

(Chimiluminescence)

3.34 mUI/L

(0.35-5.10)

- Hyperthyroïdie: TSH < à 0.15 mUI/L
- Hypothyroïdie: TSH > à 7.77 mUI/L

Pour une femme enceinte l'intervalle de référence varie selon les trimestres de grossesse comme suit:

- T1: de 0.05 à 3.7 - T2: de 0.31 à 4.35 - T3: de 0.41 à 5.18

Chez un Nouveau né, la TSH augmente à la 30 minute de vie (80 mUI/L) puis retourne à la normale vers 2 - 5 jours

Valeurs usuelles en fonction de l'âge :

Age	TSH us en mUI/L
0 à 1 mois	0.70 à 16.10
1 à 12 mois	1.12 à 8.21
1 à 5 ans	0.80 à 6.25
6 à 10 ans	0.80 à 5.40
11 à 14 ans	0.70 à 4.61
15 à 18 ans	0.50 à 4.33
> à 19 ans	0.25 à 5.00

La TSH est l'indicateur le plus sensible pour évaluer le dysfonctionnement thyroïdien. Une variation minime de la T4L provoque une réponse très amplifiée de la TSH. Cependant la TSH répond aux variations de la T4L avec un temps de latence important, au moins 8 semaines pour une réponse complète.

Commentaires:

## T3 Libre

(Dosage ELFA/ VIDAS)

Intervalles de références selon l'âge:

- < 4ans: entre 2.75 à 6.00 pmol/L
- > 4ans: entre 3 à 5.5 pmol/L

7.3 pmol/L

(3.0-8.3)

4.8 pg/mL

(2.0-5.4)

Laboratoire d'Analyses Médicales  
Dr EL ALLOUSSI Fatima-Zohra  
Médecin Biologiste