

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.

N° W21-793025

165170

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12327

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MOA GHRIE FILAIS NOUINIR

Date de naissance :

02/03/1985

Adresse :

Les VILLAS DES PRES N° 117
DAR BDO A77A CASABLANCA

Tél. :

0661087775

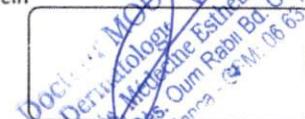
Total des frais engagés

1420,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

AZIZ NAJIRIA

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Dermatose

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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 14/10/2023

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
11.6.1908			12 - 300 D/H	INP : 091028351 <i>Mouzat Médecin Verche Eustache Dinh Ba</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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.																			
<p>SOINS DENTAIRES</p>		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
		INP : <input type="text"/>																	
		CŒFFICIENT 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 PROTHÉSES DENTAIRES		DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE																	
		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><hr/></td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> <td></td> </tr> </table>			H	D	G	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	<hr/>		B	35533411	11433553	
H	D	G																	
25533412	21433552	00000000																	
00000000	00000000	00000000																	
<hr/>		B																	
35533411	11433553																		
		<p style="text-align: center;">(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession</p>																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																			

Docteur Moussaid Latifa

Dermatologie - Vénérérologie
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



الدكتورة لطيفة مساعد

اختصاصية الأمراض الجلدية و التناسلية
الحرق، التجميل و الليزر

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

أمراض الحساسية، التجميل، الليزر

حاصلة على دبلوم التجميل و الليزر من جامعة بيزانسون (فرنسا)
عضوة الجمعية الفرنسية لطب الجلد

ملحقة بمصحة الضمان الاجتماعي درب غلف
ملحقة بمصحة الضمان الاجتماعي البيرنوصي

Casablanca, le :

ABT
marc

11/6/12

DAJ

fermante

TB - TFA up

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

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

رقم 193، إقامة أم الربع، شارع أم الربع، شقة رقم 15 (جانب 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

ACHIFA



Biochimie - Hématologie - Immunologie - Hormonologie - Auto-immunité
 Biologie de reproduction - Bactériologie - Virologie - Parasitologie - Mycologie

الدكتورة الألوسي فاطمة الزهرة

Dr EL ALLOUSSI Fatima-Zohra

Médecin Biologiste

Diplômée de la Faculté de Médecine de Casablanca
 D.U. Assurance Qualité, Université de Bordeaux

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
 IP 25017435 Patente 3296037
 ICE 002086050000088 CNSS 5885192

INPE :



093061984

الدكتورة الألوسي فاطمة الزهرة

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**Ferritin**

(Chimiluminescence)

5.87 ng/mL

(12.00–135.00)

VITAMINES**25-OH-Vitamine D (D2+D3)**

(Chimiluminescence)

28.4 ng/mLInterprétation

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

الدكتورة الألوسي فاطمة الزهرة

Dr EL ALLOUSSI Fatima-Zohra

Médecin Biologiste

INPE :



093061984

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

2306030071 – Mme Marya AZIZ

HORMONOLOGIE

TSH us 3.34 mUI/L (0.35–5.10)
 (Chimiluminescence)

- 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
> 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
 www.laboratoireachifa.ma