

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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	Société :		
12963	RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :			
ZOUHIR oujdane			
Date de naissance :			
02 - 11 - 1989			
Adresse :			
Avenue Mokhtar Lahrizi, Résidence El Bouatne 8			
Imme 15, App 2, Casablanca			
Tél. : 0671075715 Total des frais engagés : 802, 20 Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

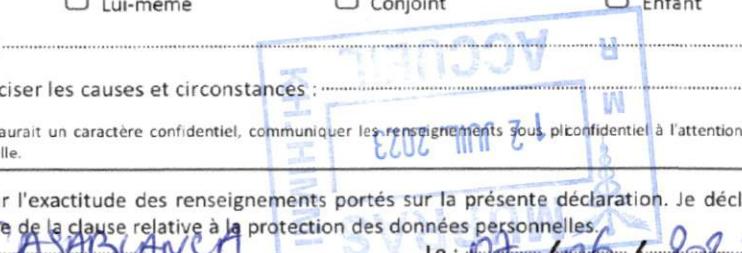
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 07/06/2023

Signature de l'adhérent(e) :



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
.....	INP : <input type="text"/>
.....	
.....	
.....	
.....	

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 Cœfficients	Montant des Honoraires
	07.06.23.8.5.90 +PT		802,20

AUXILIAIRES MEDICAUX

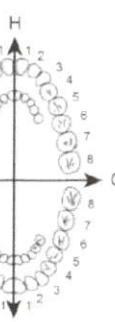
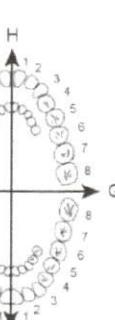
AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

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	INP : <input type="text"/>														
				Coefficient des travaux <input type="text"/>														
				Montants des soins <input type="text"/>														
				Début d'exécution <input type="text"/>														
				Fin d'exécution <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">H</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	B	00000000	00000000	35533411	11433553	B	H
H	G																	
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	B																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B	H																	
		<input type="text"/> Coefficient des travaux <input type="text"/> Montants des soins <input type="text"/> Date du devis <input type="text"/> Date de l'exécution																
																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Layachi - Tahiri Faouzia

Gynécologie - Obstétrique

73, Abdellah Ibnou Nafii - Maârif

Tél.: 05 22 25 56 94 / 05 22 98 66 11

Gsm: 06 28 56 92 59

Casablanca

Casablanca, Le : 17.05.23

Cher Confrère

Me zoôthir ouïdane
a une grossesse pectile que
avec mouvements cardiaques
inépuisable.

een filer a été demandé

copié



Dr. Layachi - Tahiri Faouzia

Gynécologie - Obstétrique

73, Abdellah Ibnou Nafii - Maârif

Tél.: 05 22 25 56 94 / 05 22 98 66 11

Gsm: 06 28 56 92 59

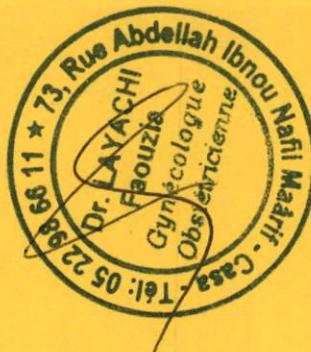
Casablanca

Casablanca, Le : 15/05/2023

Mme ZOUHIR Quijdane

- NFS
- Ferritine
- Serologie rubéole
- IgG
- Serologie toxoplasmose
- IgG
- Test d'Ossulivan

LABORATOIRE ANALYSES
MÉDICALES MANDARONA
679, Bd Al Qods 20460 - Casablanca
Tél. : 05 22 52 83 88
Fax : 05 22 21 92 41





مختبر منظرونا للتحاليلات الطبية
LABORATOIRE MANDARONA
D'ANALYSES MEDICALES

Dr Yahya BENGHALEM

Pharmacien Biologiste

Lauréat de la faculté de Pharmacie de
Montpellier

Dr Abderrahmane BOUMZEBRA

Pharmacien Biologiste

Diplômé des facultés de Médecine et de Pharmacie de
Toulouse et Montpellier

Biochimie - Hématologie - Hormonologie - Bactériologie - Virologie - Immunologie - Parasitologie - Mycologie - Toxicologie

Casablanca le 7 juin 2023

Madame ZOUHIR OUIJDANE

FACTURE N° 187173

Analyses :

Numération formule sanguine -----	B	80	
Toxoplasmose IgG -----	B	100	
Sérodiagnostic de la rubéole -----	B	150	
Ferritine -----	B	250	Total : B 580

Prélèvements :

Sang-----	Pc	1,5
-----------	----	-----

TOTAL DOSSIER 802,20 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Huit Cent Deux Dirhams et Vingt Centimes

LABORATOIRE ANALYSES
MEDICALES MANDARONA
679, Bd Al Qods 20460 - Casablanca
Tél. : 05 22 52 83 88
Fax : 05 22 21 92 41

679, Bd El Qods 20460 Ain Chock - Casablanca - Tél. : 0522 52 83 88 / 0522 87 22 82
Fax : 0522 21 92 41 - E-mail : labo_mandarona@yahoo.fr

CNSS : 8521090 - IF : 40213596 - Patente : 37980291 - ICE : 001634915000055 - IPN : 093060663

BMCE AL QODS : 0117940000 3121000 0144347



Dr Yahya BENGHALEM

Pharmacien Biologiste

Lauréat de la faculté de Pharmacie de
Montpellier

Dr Abderrahmane BOUMZEBRA

Pharmacien Biologiste

Diplômé des facultés de Médecine et de Pharmacie de
Toulouse et Montpellier

Biochimie - Hématologie - Hormonologie - Bactériologie - Virologie - Immunologie - Parasitologie - Mycologie - Toxicologie

Dossier ouvert le : 07/06/23

Prélèvement effectué à 10:23

Édition du : 07/06/23

Madame ZOUHIR OULJDANE

Docteur TAHIRI LAYACHI FAOUZIA

Réf. : 23F376

Compte Rendu d'Analyses

HEMATOLOGIE

NUMERATION FORMULE SANGUINE

(SYSMEX XS-1000i)

Normales	Antériorités
(Femme Adulte)	

11/04/23

GLOBULES ROUGES

Hématies -----:	4,31	M/mm ³	4,2 - 5,2	4,41
Hémoglobine -----:	12,4	g/100 ml	12 - 16	11,9
Hématocrite -----:	37	%	35 - 45	36
- V.G.M. -----:	86	µ ³	85 - 95	82
- T.C.M.H. -----:	29	pg	28 - 32	27
- C.C.M.H. -----:	34	g/100 ml	30 - 35	33

GLOBULES BLANCS

Numération des leucocytes -----:	12 430	* /mm ³	4000 - 10000	10150
Formule leucocytaire				
Polynucléaires Neutrophiles -----:	79,8	* %	50 - 70	73,2
Soit :	9 919	/mm ³	2000 - 7500	7430
Polynucléaires Eosinophiles -----:	1,0	%	1 - 3	1,7
Soit :	124	/mm ³	40 - 300	173
Polynucléaires Basophiles -----:	0,2	%	< 1	0,3
Soit :	25	/mm ³	< 100	30
Lymphocytes -----:	14,4	* %	20 - 40	20,7
Soit :	1 790	/mm ³	1500 - 4000	2101
Monocytes -----:	4,6	%	1 - 14	4,1
Soit :	572	/mm ³	40 - 1000	416

PLAQUETTES

Résultat -----:	187 000	/mm ³	150000 - 400000	217000
-----------------	---------	------------------	-----------------	--------

679, Bd El Qods 20460 Ain Chock - Casablanca - Tél. : 0522 52 83 88 / 0522 87 22 82

Fax : 0522 21 92 41 - E-mail : labo_mandarona@yahoo.fr

CNSS : 8521090 - IF : 40213596 - Patente : 37980291 - ICE : 001634915000055 - IPN : 093060663

BMCE AL QODS : 0117940000 3121000 0144347



Dr Yahya BENGHALEM

Pharmacien Biologiste

Lauréat de la faculté de Pharmacie de
Montpellier

Dr Abderrahmane BOUMZEBRA

Pharmacien Biologiste

Diplômé des facultés de Médecine et de Pharmacie de
Toulouse et Montpellier

Biochimie - Hématologie - Hormonologie - Bactériologie - Virologie - Immunologie - Parasitologie - Mycologie - Toxicologie

Dossier ouvert le : 07/06/23

Prélèvement effectué à 10:23

Edition du : 07/06/23

Madame ZOUHIR OUIJDANE

Docteur TAHIRI LAYACHI FAOUZIA

Réf. : 23F376

Compte Rendu d'Analyses

IMMUNO - SEROLOGIE

SEROLOGIE DE LA TOXOPLASMOSE

(Chimiluminescence COBAS ROCHE E411)/ELFA mini-vidas

TOXOPLASMOSE IgG-----: 0,00 UI/ml 0,00

Interprétation

- Si la valeur < 4 : Absence d'immunité.
: Un contrôle sérologique s'impose tous les mois.
: Suivre les conseils hygiéno-diététiques du medecin.

Si la valeur est entre 4 et 8 :Taux d'anticorps limite.

- : Résultat douteux.
: La patiente est considérée comme séronégative.
: Un contrôle sérologique s'impose tous les mois.

Si la valeur > 8 : Immunité ancienne probable.
: Un contrôle sérologique s'impose à trois semaines d'intervalle
pour interpréter les résultats.



Dr Yahya BENGHALEM

Pharmacien Biologiste

Lauréat de la faculté de Pharmacie de
Montpellier

Dr Abderrahmane BOUMZEBRA

Pharmacien Biologiste

Diplômé des facultés de Médecine et de Pharmacie de
Toulouse et Montpellier

Biochimie - Hématologie - Hormonologie - Bactériologie - Virologie - Immunologie - Parasitologie - Mycologie - Toxicologie

Dossier ouvert le : 07/06/23

Prélèvement effectué à 10:23

Edition du : 07/06/23

Madame ZOUHIR OUIJDANE

Docteur TAHIRI LAYACHI FAOUZIA

Réf. : 23F376

Compte Rendu d'Analyses

SEROLOGIE DE LA RUBEOLE

(TECHNIQUE ELFA VIDAS BIOMERIEUX)

Titre des Anticorps IGG : 3,0 UI/ml

2,0

Interprétation :

Si la valeur < 10 : Absence d'immunité.
: Un contrôle sérologique s'impose tous les mois.

Si la valeur est entre 10 et 15 :
: Taux d'anticorps limite:
: Résultat douteux.
: La patiente est considérée comme séronégative.
: Un contrôle sérologique s'impose tous les mois.

Si la valeur > 15 : Immunité ancienne probable.
: Un contrôle sérologique s'impose à trois semaines d'intervalle pour interpréter les résultats.

M A R Q U E U R S

Normales

Antériorités

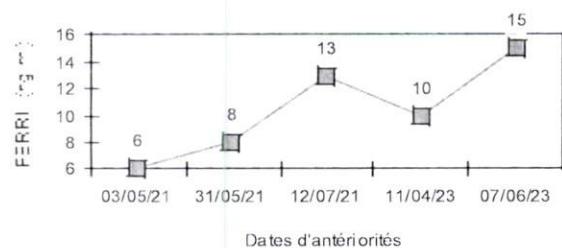
Ferritine : 15 ng/ml

10

(Chimiluminescence COBAS ROCHE E411)

Valeurs usuelles en ng/ml

Enfants : A la naissance : 150 à 450 ng/ml
2 à 3 mois : 80 à 500 ng/ml
4 mois à 16 ans : 20 à 200
Femmes cycliques : 13 à 150 ng/ml
Femmes ménopausées : 30 à 400 ng/ml
Hommes : 30 à 400 ng/ml



LABORATOIRE ANALYSES
MEDICALES MANDARONA
679, Bd Al Qods 20460 - Casablanca
Tél. : 05 22 52 83 88
Fax : 05 22 21 92 41

679, Bd El Qods 20460 Ain Chock - Casablanca - Tél. : 0522 52 83 88 / 0522 87 22 82

Fax : 0522 21 92 41 - E-mail : labo_mandarona@yahoo.fr

CNSS : 8521090 - IF : 40213596 - Patente : 37980291 - ICE : 001634915000055 - IPN : 093060663

BMCE AL QODS : 0117940000 3121000 0144347