

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

- Réclamation : 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

W21-844735

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9F18 Société : ROYAL AIR MAROC

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : OUZREN MOHAMED

Date de naissance : 20.06.01 1966

Adresse : 105 BLVD NY ABDELHAFID HSSAN

Karia Salt

Tél : 0628489185 Total des frais engagés : 780,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. GMIRA Azzedine
Médecine Gle. Echographie
Secteur 5, Bd Med V. Karia
Salé - Tél.: 05 37 82 93 25

Date de consultation : 29.02.2024 INRE : 201067775

Nom et prénom du malade : OUZREN IKRAM Age: 18ans

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

Nature de la maladie : Asthénie

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

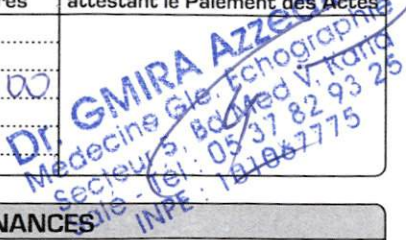
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 29.02.24

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

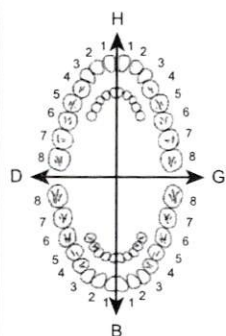
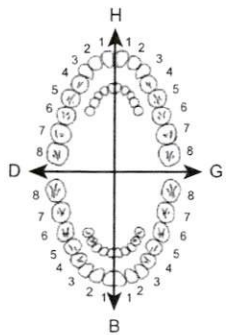
VOLET ADHÉRENT

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
23/02/24	C	1	200,00	

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
	05-03-24	580 + P + P	580 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 canalaux, ainsi que le bilan de l'ODF.																			
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	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"> <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>D</td> <td>G</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> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H																			
25533412	21433552																		
00000000	00000000																		
D	G																		
00000000	00000000																		
35533411	11433553																		
B																			
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montant des Honoraires															
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS					VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														

Docteur GMIRA Azzedine
MEDECINE GENERALE
Echographie Générale



الدكتور عز الدين غميرة
الطب العام
الفحص بالموجات الصوتية

Salé, le : 29/02/24 في

IKRAM OUZRAWE

مختبر التحليلات الطبية
IMMCELL
Laboratoire d'Analyses Médicales
Dr. Y. T. Oujik
55, Avenue Ibn Sina Agdal - Rabat
Tél.: 0537 67 42 72 - Fax: 0537 67 43 12
Email: secretariat@immcell.com

- > TSH us

- NFS

- FERRITINE UIE

Dr. GMIRA Azzedine
Médecine Gie, Echographie
Secteur 5, Bd Mohamed V, Karia
Salé - Tél.: 05 37 82 93 25
INPE : 101067775

FACTURE N° : 2403052010

INPE :



Rabat le 05-03-2024

Mlle IKRAM OUZREN

Date de l'examen : 05-03-2024

Analyses :

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Prélèvement sanguin	E25	E
B154	Ferritine	B250	B
B163	TSH	B250	B
B216	Numération Formule (Globules rouges/Blancs/plaquettes)	B80	B

Total des B : 580

TOTAL DOSSIER : 580 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : cinq cent quatre-vingts dirhams

ImmCell, Analyses Médicales Spécialisées

Numéro d'autorisation : 9273 – INPE : 103061180 - Patente : 58138 - ICE : 001838426000017 - IF : 15278416 –
RIB : 011.810.0000.14.200.00.06255.24

IMMCELL
مركز التحليلات الطبية
Laboratoire d'Analyses Médicales
Dr. Y. TAOUFIK
55, Avenue Ibn Sina, Agdal - Rabat
Tél.: 0537 67 42 72-Fax: 0537 67 43 12
Email : secretariat@immcell.com

Prélèvement du : 05-03-2024
 Références : 2403052010
 Edition : 05-03-2024

 Mlle OUZREN IKRAM
 Date de naissance : 16-02-2006
 Age : 18 ans
 Code Patient : 2403052010
 Médecin : Dr GMIRA Azzedine

HEMATOLOGIE CELLULAIRE

Numération Formule Sanguine

Hématies:	3 850	$10^3/\text{mm}^3$	(4 000–5 300)
Hémoglobine:	11.50	g/dL	(11.50–15.00)
Hématocrite:	33.9	%	(34.0–45.0)
VGM:	88.0	fL	(76.0–96.0)
TCMH:	29.7	pg	(24.4–34.0)
CCMH:	33.8	g/dL	(31.0–36.0)
RDW:	12.6	%	(11.5–14.5)

Commentaire sur les Hématies:

Chiffre d'hémoglobine à la limite basse de la normalité.

Leucocytes:	6 100	$/\text{mm}^3$	(3 800–11 000)
Polynucléaires Neutrophiles:	2 960	$/\text{mm}^3$	(1 750–7 500)
Soit:	49	%	(36–70)
Polynucléaires Eosinophiles:	370	$/\text{mm}^3$	(100–400)
Soit:	6	%	(1–4)
Polynucléaires Basophiles:	70	$/\text{mm}^3$	(0–110)
Soit:	1	%	(0–1)
Lymphocytes:	2 290	$/\text{mm}^3$	(1 000–4 800)
Soit:	38	%	(26–43)
Monocytes:	400	$/\text{mm}^3$	(201–714)
Soit:	7	%	(2–12)
Plaquettes:	308 000	$/\text{mm}^3$	(150 000–445 000)

Toutes nos valeurs de références sont ajustées au sexe et à l'âge.

BIOCHIMIE DU SANG GENERALE ET SPECIALISEE

Bilan Martial:

Ferritine:	20.32	ng/mL	(13.00–150.00)
<small>(Dosage ECLIA-Cobas, Roche)</small>			

Référence : 2403052010

Mlle OUZREN IKRAM

HORMONOLOGIE

Toutes nos valeurs de références sont ajustées au sexe et à l'âge.

Bilan de la fonction Thyroïdienne:

Thyréostimuline (TSH)
(Dosage ECLIA, Roche Cobas 4000)

1.60 mUI/L

(0.51–4.30)

Demande validée biologiquement par : Dr. Yassine TAOUFIK


مختبر التحليلات الطبية
Laboratoire d'Analyses Médicales
Dr. Y. TAOUFIK
55, Avenue Ibn Sina, Agdal - Rabat
Tél.: 0537 67 42 72 - 0537 67 43 12
Email : secretariat@immcell.com