

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° W19-446113

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

7222

Matricule : Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ARZIOUI SAAD

Date de naissance : 14/05/1959

Adresse : 29 Rue Bab Mansur Hay El Hara

CASABLANCA

Tél. : 0661226416 Total des frais engagés : 20120 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

INPE 03130294

Date de consultation : 29/08/2019

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Troubles Gynéco Endo

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 : 29/08/2019

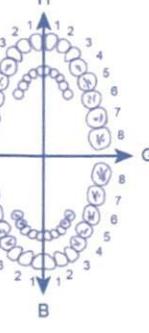
Signature de l'adhérent(e) : Accident/Ram

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
29-08-19	CP + PC	250	250	D.P. : JUNY ICE : 00159700000054 Date : 29/11/2024 Signature : Dr. Juny
				ICE : 00159700000054 Date : 29/11/2024 Signature : Dr. Juny

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
122 B6 J'Anta Qua 11/05/86	36165719	B. Abdellah	1760 francs

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	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 style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-right: 10px;" type="text"/>					
						Coefficient des travaux <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-right: 10px;" type="text"/>					
						Montants des soins <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-right: 10px;" type="text"/>					
						Début d'exécution <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-right: 10px;" type="text"/>					
						Fin d'exécution <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-right: 10px;" type="text"/>					
	O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE								
		<table 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 00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H	G	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	D	B	Coefficient des travaux <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-right: 10px;" type="text"/>
		H	G								
		25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553								
		D	B								
			Montants des soins <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-right: 10px;" type="text"/>								
			Date du devis <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-right: 10px;" type="text"/>								
			Date de l'exécution <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-right: 10px;" type="text"/>								
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS					VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION						

Dr. SLAOUI Khalid
Gynécologue-Obstétricien

DATE : 29 Aout 19 FACTURE N° 046119

Nom et Prénom de la Patiente Ariane Nada

- Consultation du	29 Aout 19	250	DHS
- Echographie du			DHS
- Electrocoagulation du col			DHS
- Pose et Fourniture de stérilet du			DHS
-			DHS

Le montant des honoraires s'élevant à la somme de 250 DHS

Docteur Khalid SLAOUI
Gynécologue-Obstétricien
89, Bd. d'Anfa - Casablanca
Tél: 022 22 12 16 / 022 22 02 71
Fax: 022 29 56 51

ICE : 001597006000054

INPE 091130294

Docteur Khalid Slaoui

الدّكتور خالد السّلّاوى

Gynécologue - Obstétricien

Diplôme d'Etat de la Faculté de médecine de Reims

Ancien attaché au C.H.U de Reims

Gynécologie - Accouchements

Chirurgie Gynécologique

Stérilité - Echographie

Sur Rendez-vous

اختصاصي في الأمراض النسائية والولادة

خريج كلية الطب برامس

بالميدان

Casablanca, le : 29 AOUT 2019

Madame ... سنه ولاد ناديا.....

- * Triglycérides
- * Cholestérol (HDL-LDL-Total)
- * Glycémie à jeun
- * Transaminases
- * NFS-Plaquettes
- * TSH (ultra-sensible)
- * Vitamines D
- * Ferritine

Prière d'envoyer les résultats
sur cette adresse e-mail
dr.slaouik@hotmail.fr

Dr Khalid Slaoui
Gynécologue - Obstétricien
89 Bd. d'Anfa Casablanca
Tél : 05 22 22 12 76 / 05 22 22 02 71 - 05 22 29 56 51
E-mail: dr.slaouik@hotmail.fr

Résidence Ibn Zaidoun - 1er étage Appartement 3B
89-91 Bd. d'Anfa - Casablanca

Tél. : 05 22 22 12 76 / 05 22 22 02 71 - Fax : 05 22 29 56 51
E-mail : dr.slaouik@hotmail.fr

URGENCES : Clinique Val d'Anfa 19, Bd. Franklin Roosevelt - Casablanca

ICE : 001597006000054

إقامة ابن زيدون الطابق الأول الشقة رقم 3 ب

شارع أنفا - الدار البيضاء

الهاتف : 0522 29 56 51 - الفاكس : 0522 22 12 76 / 0522 22 02 71

Tél.: 0522 39 69 36 à 39 / 0522 39 60 10 à 13 / 0522 36 87 87 / 0522 79 01 00

INPE : 091130294



مختبر التحاليل الطبية
LABIOME
Laboratoire d'Analyses Médicales
122, Bd D'Anfa Quartier Racine
Tél 05 22 48 13 51/86 - Casablanca

Laboratoire LABIOMED d'Analyses Médicales

LABIOMED -S.N.C. - RC 92541 - IF 01022247 - CNSS 6007670 - Patente 30200179 - ICE 000231012000067

Compte Banque Populaire - 190 / 780 / 21211 5575621 000 3 / 30 / Taha Houcine - Casablanca

122, Bd d'Anfa - Quartier Racine - Casablanca - Tél. : 05 22 48.13.51 / 48.13.86 - Fax : 05 22 48.13.96

Dr Jalil ELMANJRA

Pharmacien Biologiste

Ancien Assistant des Hôpitaux de Dijon

Ancien Interne des Hôpitaux de Strasbourg

Dr Abdelaziz LEMSEFFER

Pharmacien Biologiste

Ancien Interne des Hôpitaux de Besançon

D.I.U. de Biologie de la Reproduction

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

Casablanca le 30 août 2019

Mme SENOSSI EP AZZIOUI NADIA

FACTURE N°	18170
------------	-------

Analyses :

Numération formule sanguine -----	B	70	
Glycémie (a jeun) -----	B	30	
Triglycérides -----	B	60	
Cholestérol total -----	B	30	
Cholestérol HDL + LDL -----	B	80	
Ferritine -----	B	250	
Transaminases -----	B	100	
Vitamine D2-D3 (25 OH D) -----	B	400	
Thyreostimuline (TSH us) -----	B	200	Total : B 1220

Prélèvements :

Sang-----	Pc	15
-----------	----	----

TOTAL DOSSIER	1 760,00 DH
---------------	-------------

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Mille Sept Cent Soixante Dirhams

مختبر التحاليل الطبية
LABIOMED
Laboratoire d'Analyses Médicales
122, Bd. D'Anfa Quartier Racine
Tél. 05 22 48.13.51/86 - Casablanca

Insémination • Fécondation in vitro • Micro-injection (ICSI)

Mme SENOUESSI EP AZZIOUI NADIA
Dossier N° : 19572040
Docteur KHALID SLAOUI

Dossier ouvert le : 30/08/19 - Edité le : 30/08/19

Page N° 4/4

ENZYMOLOGIE

TRANSAMINASES

				Antériorités
SGOT/ASAT (Cobas C6000)	: 17	UI/l	< 37	47
SGPT/ALAT (Cobas C6000)	: 15	UI/l	< 40	70

VITAMINES

VITAMINE D2-D3 (25 OH-Vitamin D2-D3)	: 36,4	µg /l	66,1
			Valeurs usuelles > 30 µg/l
			Insuffisance 10 - 30 µg/l

BILAN THYROIDIEN

			Antériorité
THYREOSTIMULINE (TSH us) (Automate Cobas C6000)	: 1,03	µUI/ml	0,25 à 4,2 <u>Nouvelles normes en 2019 pour la TSH</u> Si Grossesse (1er Trim) 0,25 à 2,5 0,48

Dr Jalil ELMANJRA

Dr Abdelaziz LEMSEFFER



Insémination • Fécondation in vitro • Micro-injection (ICSI)

Mme SENOUESSI EP AZZIOUI NADIA

Dossier N° : 19572040

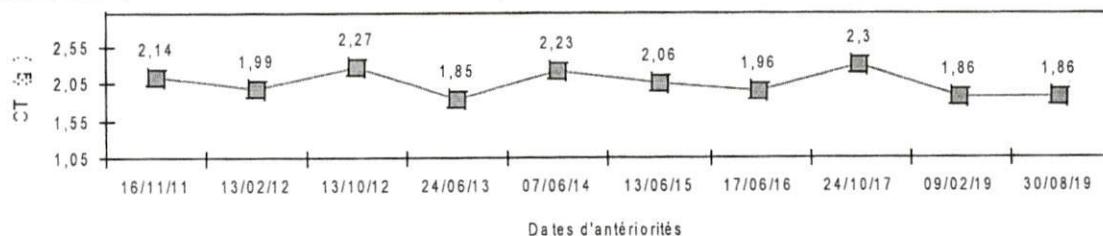
Docteur KHALID SLAOUI

Dossier ouvert le : 30/08/19 - Edité le : 30/08/19

Page N° 3/4

Antériorités

CHOLESTEROL TOTAL (Cobas C6000)	: 1,86 g/l	1,50 à 2,00	1,86
	: 4,8 mmol/l	3,87 à 5,20	4,8

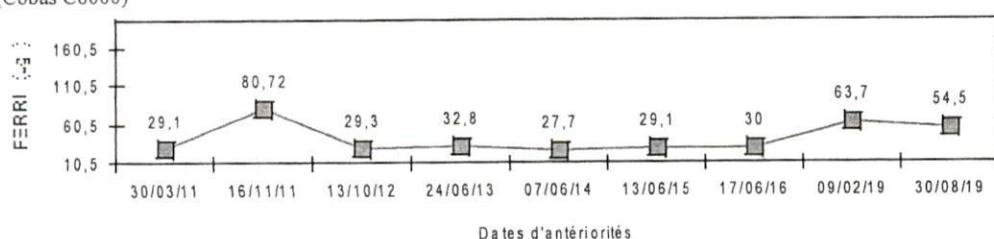
**CHOLESTEROLS HDL - LDL**

CHOLESTEROL HDL (Cobas C6000)	: 0,61 g/l	> 0,40	0,63
	: 1,57 mmol/l	> 1,03	1,63

CHOLESTEROL LDL (Cobas C6000)	: 1,12 g/l	< 1,60	1,08
	: 2,89 mmol/l	< 4,12	2,79

Facteur de Risque Athérogène	: 3,0	N < 5,0	3,0
------------------------------	-------	---------	-----

FERRITINE (Cobas C6000)	: 54,50 µg/l	F 15-150 H 30-220	63,70
----------------------------	--------------	-------------------	-------



Dr Jalil ELMANJRA

Dr Abdelaziz LEMSEFFER



Insémination • Fécondation in vitro • Micro-injection (ICSI)

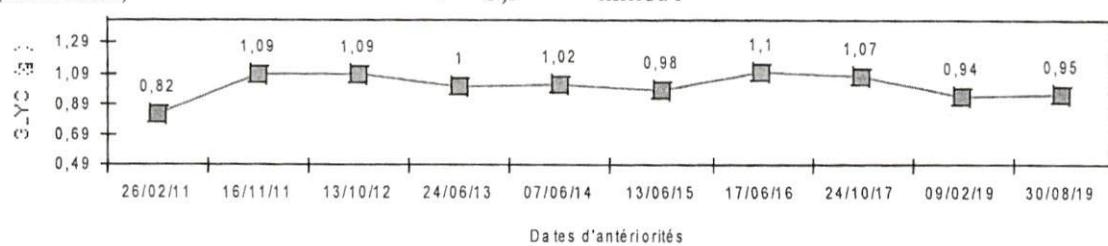
Mme SENOUESSI EP AZZIOUI NADIA
Dossier N° : 19572040
Docteur KHALID SLAOUI

Dossier ouvert le : 30/08/19 - Edité le : 30/08/19

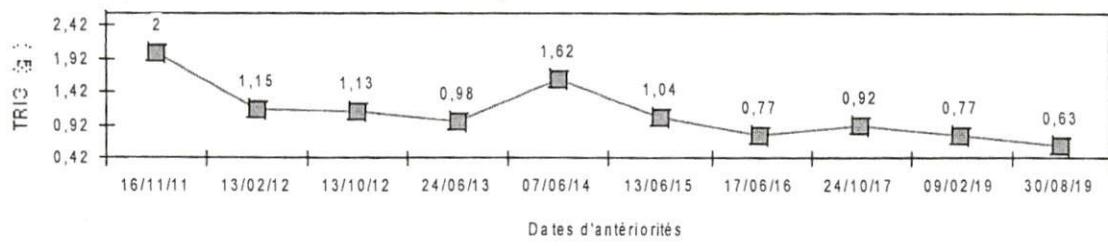
Page N° 2/4

BIOCHIMIE

GLYCEMIE A JEUN	(Cobas C6000)	Antériorités
0,95	g/l	0,70 à 1,10
5,3	mmol/l	3,89 à 6,11
		5,2



TRIGLYCERIDES	(Cobas C6000)	Antériorités
0,63	g/l	0,60 à 1,50
0,72	mmol/l	0,70 à 1,70
		0,77
		0,88



Dr Jalil ELMANJRA

Dr Abdelaziz LEMSEFFER

Insémination • Fécondation in vitro • Micro-injection (ICSI)

Mme SENOSSI EP AZZIOUI NADIA
Dossier N° : 19572040
Docteur KHALID SLAOUI

Dossier ouvert le : 30/08/19 - Edité le : 30/08/19

Page N° 1/4

HEMATOLOGIE

NUMERATION FORMULE SANGUINE

Antériorités
09/02/19

Hématies	:	4,41	M/mm ³	4 - 5,4	4,29
Hémoglobine	:	13,1	g/dl	11,5 - 16	12,9
Hématocrite	:	41	%		
V.G.M.	:	93,0	μ3	80 - 100	
C.C.M.H.	:	32,0	%	30 à 36	
T.C.M.H.	:	29,7	pg	27 à 32	
Leucocytes	:	6 720	/mm ³	4000 - 10000	6640

FORMULE LEUCOCYTAIRE

P. neutrophiles	:	50,0	%	soit	3 360	/mm ³	2000 à 7500
P. éosinophiles	:	3,9	%	soit	262	/mm ³	20 à 800
P. basophiles	:	0,4	%	soit	27	/mm ³	0 à 200
Lymphocytes	:	36,2	%	soit	2 433	/mm ³	1000 à 4000
Monocytes	:	9,5	%	soit	638	/mm ³	200 à 1000
Plaquettes	:	230 000	/mm ³		150000 - 500000		212000

Dr Jalil ELMANJRA

Dr Abdelaziz LEMSEFFER