

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- 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.

M23-0015641

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 8088	Société : RAM	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : SATHIWAOUI SAMIRA 198906		
Date de naissance :		
Adresse : DEROUA		
Tél. 0619341808		Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

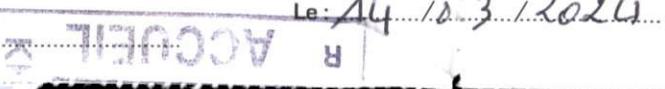
Date de consultation : / /	Age:
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	
Affection longue durée ou chronique : <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> ALC Pathologie :	

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 : **DEROUA**

Signature de l'adhérent(e) :



Le : **14/10/2021**

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Chercheur et étudiant abordé(e) d'Analyses Médico-BIENNAIS Diplôme obtenu à l'INPE	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
183. Bd Mohamed V - N° 1 - Ense 1 - Bétrek Tél/Fax : 0522 03 04 61 INPE : 063003450 ICE:002400927000071 IF : 39483570	29/01/2024	B ₁₀₆₂ + B ₁	1200,00 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

		H
	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	00000000	00000000
	35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



DIABETOLOGUE
NUTRITIONNISTE
GYNECOLOGIE, SUIVI DE GROSSESSE
ECHOGRAPHIE
ELECTROCARDIOGRAMME

Ordonnance

06 Janv 2024

Berrechid , le.....

Nom.prénom: SAHMAoui Layali

1 - NPS + P 14

2 - HbA1c

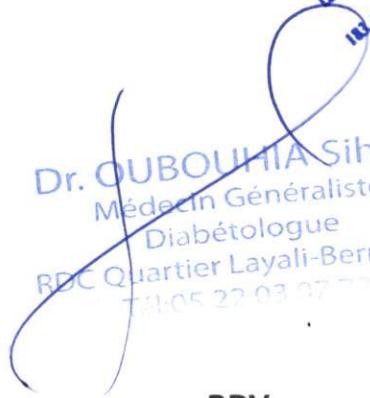
3 - dosage Vit D (D₂+D₃)

4 - chole, TG, GHTL, j LD

5 - PTTus

مختبر التحاليل الطبية برشيد
Laboratoire d'Analyses Médicales BERRECHID
Dr Ahlami IOURDANE
Dr. M'hamed V - N°1, Espace 1 - Berrechid
Tél. 05 22 83 04 61

Dr. OUBOUHIA Siham
Médecin Généraliste
Diabétologue
RDC Quartier Layali-Berrechid
T: 05 22 03 07 77



RDV:

58 ، الطابق السفلي ، حي ليلي 2 (قرب مدرسة المذاهب) - برشيد

N°58-Rez de chaussée quartier Layali2 - Berrechid

FIXE | 05.22.03.07.72 E-mail | sihamoubouhia@gmail.com



مختبر التحاليل الطبية برشيد
Laboratoire d'Analyses Médicales BERRECHID

Dr Ahlam IOURDANE

Médecin Biologiste

Lauréate de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Casablanca

Biochimie - Hematologie - Sérologie - Immunologie - Bactériologie - Virologie - Parasitologie - Mycologie

INPE :063063499

FACTURE N° : 1240100343

BERRECHID le 09-01-2024

Mme SAHMAOUI Jamila

Récapitulatif des analyses			
Analyse	Coefficient	Clé	
Forfait traitement échantillon sanguin	20	E20	
Vitamine D	450	B450	
TSH	250	B250	
Triglycérides	50	B50	
Numération Formule (Globules rouges/Blancs/plaquettes)	80	B80	
Cholesterol LDL	50	B50	
Cholestérol HDL	50	B50	
Hémoglobine glycosylée	100	B100	
Cholestérol total	30	B30	

Total des B : 1060

Total des HN : 0

TOTAL DOSSIER : 1200.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : mille deux cents dirhams .

Information essentielle à l'attention des patients : Nous vous rappelons que si vous bénéficiez d'une couverture par une mutuelle ou une assurance maladie, il est impératif de soumettre votre dossier à la mutuelle dans les délais (un à deux mois suivant votre mutuelle ou assurance) de la date des analyses médicales effectuées. Veuillez noter qu'**aucune modification de dates** sur la facture, le document de mutuelle ou le compte rendu ne pourra être réalisé par notre laboratoire après ce délai.

مختبر التحاليل الطبية برشيد
Laboratoire d'Analyses Médicales BERRECHID
Dr Ahlam IOURDANE
183, Bd Mohamed V - N° 1 - Etage 1 - Berrechid
Tél/Fax : 05 22 03 04 61
INPE : 063063499
ICE:002400927000071
IF : 39483570



Date du prélèvement : 09-01-2024 à 10:06

Code patient : 20240109009

Né(e) le : 03-04-1962 (61 ans)

Mme SAHMAOUI Jamila

Dossier N° : 20240109009

Prescripteur : Dr OUBOUHIA SIHAM



HEMATOCYTOLOGIE

NUMERATION FORMULE SANGUINE

(Sang total, cytométrie en flux, variation d'impédance)

Les valeurs de référence sont établies en fonction de l'âge et du sexe.

GLOBULES ROUGES (Erythrocytes)		5.32	M/ μ l	(3.80-5.90)
Hémoglobine		14.9	g/dL	(11.5-17.5)
Hématocrite		46.4	%	(34.0-53.0)
VGM (Volume globulaire moyen)		87.2	fL	(76.0-96.0)
TCMH		28.0	pg	(24.0-34.0)
CCMH		32.1	g/dL	(31.0-36.0)
GLOBULES BLANCS (Leucocytes)		5 650/mm ³		(3 800-11 000)
1-Polynucléaires	52.3%	Soit	2 955/mm ³	(1 400-7 700)
Neutrophiles				
2-Polynucléaires	3.2%	Soit	181/mm ³	(20-580)
Eosinophiles				
3-Polynucléaires Basophiles	0.3%	Soit	17/mm ³	(0-110)
4-Lymphocytes	37.9%	Soit	2 141/mm ³	(1 000-4 800)
5-Monocytes	6.3%	Soit	356/mm ³	(150-1 000)
PLAQUETTES		327 000/mm ³		(150 000-445 000)
				(-)

VPM

Commentaire sur l'hémogramme:

8 fL (2-13)

Numération formule sanguine normale.

مختبر التحاليل الطبية برشيد
Laboratoire d'Analyses Médicales BERRECHID
Dr Ahlam IOURDANE
183, Bd Mohamed V - N° 1er Etage 1 - Berrechid
Tél/Fax : 05 22 03 04 61



20240109009 – Mme Jamila SAHMAOUI

BIOCHIMIE SANGUINE

Hémoglobine glyquée (HbA1c)

(Technique chromatographie liquide haute pression
HPLC – GX Tosoh)

6.20 %



(4.00–6.00)

Interprétation:

% HbA1c	contrôle du taux de Glucose
4 – 6	Intervalle non-diabétique
6.5 – 7	Excellent équilibre glycémique
8 – 9	Assez bon équilibre glycémique
9 – 10	Équilibre glycémique médiocre (Action corrective suggérée*)
> 10	Mauvais équilibre glycémique (Action corrective nécessaire*)

*Risque élevé de développer des complications cardiovasculaires à long terme comme des rétinopathies, néphropathies, neuropathies et cardiopathies.

Aspect du sérum

Clair

Cholestérol total

(Dosage colorimétrique enzymatique)

1.87 g/L

4.82 mmol/L

(<2.00)

(<5.16)

Triglycérides

(Dosage colorimétrique enzymatique)

0.92 g/L

1.05 mmol/L

(<1.50)

(<1.71)

HDL-Cholestérol

(Technique colorimétrique enzymatique .)

0.72 g/L

1.86 mmol/L

(>0.44)

(>1.14)

LDL-Cholestérol

(Selon la formule de Friedwald)

0.97 g/L

2.51 mmol/L

Valeurs souhaitables en fonction du risque cardiovasculaire :

Risque très élevé	<0.7	g/L	ou	1.8	mmol/L
Risque élevé	<1.0	g/L	ou	2.6	mmol/L
Risque modéré	<1.3	g/L	ou	3.4	mmol/L
Risque faible	<1.9	g/L	ou	4.9	mmol/L

Dr Ahlam IOURDANE
Laboratoire d'Analyses Médicales BERRECHID
183, Bd Mohamed V - N° 1 - 1er Etage 1 - Berrechid
Tél/Fax : 05 22 03 04 61



مختبر التحاليل الطبية برشيد
Laboratoire d'Analyses Médicales BERRECHID

مختبر التحاليل الطبية برشيد

Laboratoire d'Analyses Médicales BERRECHID

Dr Ahlam IOURDANE

Médecin Biologiste

Lauréate de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Casablanca

Biochimie - Hematologie - Sérologie - Immunologie - Bactériologie - Virologie - Parasitologie - Mycologie

20240109009 – Mme Jamila SAHMAOUI

VITAMINOLOGIE

25-OH-Vitamine D (D2+D3)
(Technique Chimiluminescence)

19.40 ng/ml

(30.00–100.00)

Interprétation:

Taux de 25-(OH)-vitamine D		
	ng/mL	nmol/L
Carence	<10	<25
Insuffisance	10 à <30	25 à <75
Taux recommandés	30 à 70	75 à 175
Toxicité	>100	>250

BILAN ENDOCRINIEN

Thyréostimuline ultrasensible (TSHus)
(Technique Chimiluminescence)

Les résultats sont établis en fonction de l'âge.

0.63 µUI/mL
0.630 mU/l

(0.25–5.00)
(0.250–5.000)

La TSH est l'indicateur le plus sensible pour évaluer un dysfonctionnement thyroïdien.
Une variation minimale 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.

Validé par : Dr IOURDANE AHLAM

مختبر التحاليل الطبية برشيد
Laboratoire d'Analyses Médicales BERRECHID
Dr Ahlam IOURDANE
183 Bd Mohamed V - N° 1 - Etage 1 - Berrechid
Tél / Fax : 05 22 03 04 61

Laboratoire d'Analyses Médicales BERRECHID

Attestation non affiliée CNSS