

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.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M23-0015641

MUPRAS
RECEPTION

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8088 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : SAHNAOUI SAMILA 198906
Date de naissance :
Adresse : DEROUA
Tél. 0619341808 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /
Nom et prénom du malade : Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie :
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 : DEROUA Le : 14/03/2024
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Médecin	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<p>مختبر التحليلات الطبية Laboratoire d'Analyses Médicales MEDICID 183 Bd Mohamed V - N° 1 - Etage I - Berrechid Tél/Fax : 05 22 03 04 61</p> <p>INPE : 063063499 ICE:002400927000071 IF : 39483570</p>	29/12/24	B160 + L1	1200,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

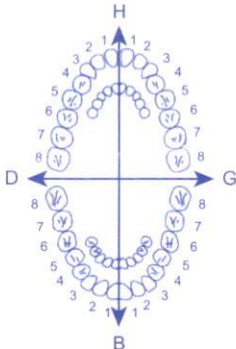
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient			
					CCEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>	
						MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
						DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>
						FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>

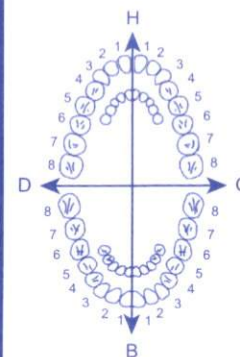
O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



CCEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
DATE DU DEVIS	<input type="text"/>
DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DIABETOLOGUE
NUTRITIONNISTE
GYNECOLOGIE, SUIVI DE GROSSESSE
ECHOGRAPHIE
ELECTROCARDIOGRAMME



دبلوم جامعي في مرض السكري، كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء
أخصائية التغذية
أمراض النساء و تنبج الحمل
الفحص بالصدى
التخطيط الكهربائي للقلب

Ordonnance

06 Janv 2024

Berrechid , le.....

Nom.prénom: SIHAM OUBOUHIA

1 - NPS + P 14p

2 - HBA1c

3 - dosage vit D (D₂ + D₃)

4 - Cholesterol HDL, LDL

5 - Ferrus

مختبر التحليلات الطبية برشيد
Laboratoire d'Analyses Médicales BERRECHID
Dr. AHIAM IOURDANE
18, Bd Mohamed V - 1° - Etage - Berrechid
Tél/Fax : 05 22 03 04 61

Dr. OUBOUHIA Siham
Médecin Généraliste
Diabétologue
RDC Quartier Layali-Berrechid
Tél: 05 22 03 07 72

RDV:

58 ، الطابق السفلي ، حي ليالي 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 التحليلات 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 التحليلات 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

183, Boulevard Mohamed V - N° 1 - 1er Etage - Berrechid - Tél / Fax : 05 22 03 04 61 - Email : labo.berrechid@gmail.com

I.F : 39483570 - Patente : 40701406 - ICE : 002400927000071

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 Neutrophiles	52.3%	Soit	2 955/mm ³	(1 400-7 700)
2-Polynucléaires Eosinophiles	3.2%	Soit	181/mm ³	(20-580)
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

8 fL

(2-13)

Commentaire sur l'héogramme:

Numération formule sanguine normale.

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 (<2.00)
4.82 mmol/L (<5.16)

Triglycérides

(Dosage colorimétrique enzymatique)

0.92 g/L (<1.50)
1.05 mmol/L (<1.71)

HDL-Cholestérol

(Technique colorimétrique enzymatique .)

0.72 g/L (>0.44)
1.86 mmol/L (>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

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

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)

0.63 µUI/mL (0.25–5.00)
0.630 mUI (0.250–5.000)

Les résultats sont établis en fonction de l'âge.

La TSH est l'indicateur le plus sensible pour évaluer un 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.

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 affiliat CNSS