

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| ▪ 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

N° W19-437584

93f89

### Maladie

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

3688

Société :

ram

### Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : 0UAH3; Abdellah f

Date de naissance :

22/01/67

Adresse :

10 Rue Mansour - 9<sup>e</sup> - Casablanca

Tél. :

0661412633

Total des frais engagés : 382,70 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : 0UAH3; DALAK Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : AFFECTÉE Pédiatrigique

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 : 13/01/2020

Signature de l'adhérent(e) :



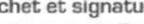
## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
13.01 2020	CS	1	250,00	INP : 035-59755 035, PAIEMENT DU MÉDECIN PAR LE CHAMONIX MONTAGNE

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/10 + 70,60 <del>20194961</del> 226133	13/11/2020

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 Laboratoire AIN CHOCK d'analyses médicales Bd Al Qods Résidence - Al Maad, Imm 1. Casablanca - Tél : 05 22 21 50 89 N° 5, Casablanca - Tél : 05 22 21 50 89	24/01/2014	R. 390	400 DH

## AUXILIAIRES MEDICAUX

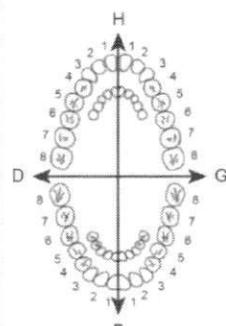
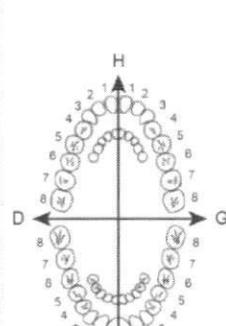
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## **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	INP : <input type="text"/>
				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			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	D 00000000 35533411	B 11433553 11433553
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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



DOCTEUR JALAL EL OUDGHIRI

PEDIATRE

Pédiatrie Générale - Néonatalogie - Urgence

Endocrinologie Pédiatrique

Diplômé de la Faculté de Dijon

Ancien Médecin des hôpitaux de France



الدكتور جلال الودغيري

إختصاصي في أمراض الأطفال والرضع

إنعاش الرضيع - المستعجلات

مختص في أمراض الغدد عند الطفل

خريج كلية الطب ديجون

طبيب سابقاً بالمستشفيات الفرنسية

13/01/2020

OUAHBI MALAK

- NFS
- FERITTINE

Dr. Jalal El OUDGHIRI  
PEDIATRE  
Avenue 2 Mars Casablanca  
Tél. : 05 22 26 52 35

Laboratoire AIN CHOCK  
d'analyses médicales  
173, Bd Al Qods Résidence Al Majd, Imm 1,  
N° 5, Casablanca - Tél : 05 22 27 50 89

35, Avenue 2 Mars, Résidence Lalla Habiba - 1<sup>ère</sup> Etage - Casablanca. Tél. : 05 22 26 52 35 - GSM : 06 61 21 70 23

Fax : 05 22 29 39 73 - E-mail : drjalaleoudghiri@gmail.com

Urgence : Clinique Les Crêtes. 528 Bd Panoramique - Tél.: 05 22 21 20 40

**Dr BENNIS Noor**

Diplômée de la faculté de médecine et pharmacie de Rabat ainsi de la faculté CEU de Madrid  
Ancienne résidente de l'Hôpital militaire MV de Rabat

Nom Prénom : Enff OUAHBI Malak  
Né(e) le : 15-06-2016  
Prescripteur :  
Edition du : 25-01-2020

Numéro de demande : 2001242010

Prélèvement à : 24-01-2020

Cher confrère, voici les analyses demandées ci-joint

## HEMATOLOGIE

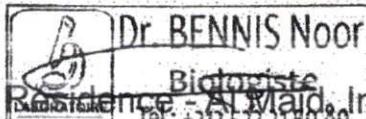
### HEMOGRAMME:

	Résultats	Valeurs attendues	Antécédents
<b>GLOBULES ROUGES</b>			
Hématies :	4.57 T/L	(3.85-5.15)	
Hémoglobine :	10.6 g/dL	(10.7-13.9)	
Hématocrite :	33.0 %	(32.5-41.5)	
VGM :	72.2 fL	(73.0-91.0)	
TCMH :	23.2 pg	(24.0-31.0)	
CCMH :	32.1 g/dL	(30.0-35.0)	
RDW :	18.6 %	(0.0-18.5)	
<b>GLOBULES BLANCS</b>			
Leucocytes :	8.91 G/L 8 910/mm <sup>3</sup>	(5.40-13.80) (5 400-13 600)	
Formule leucocytaire			
Polynucléaires Neutrophiles :	46.3 %	(50.0-70.0)	
Soit:	4.13 G/L 4 130/mm <sup>3</sup>	(1.50-8.50) (1 500-8 500)	
Polynucléaires Eosinophiles :	2.5 %	(1.0-3.0)	
Soit:	0.22 G/L 220/mm <sup>3</sup>	(0.02-0.75) (20-750)	
Polynucléaires Basophiles :	0.1 %	(0.0-1.0)	
Soit:	0.01 G/L 10/mm <sup>3</sup>	(<0.20) (<200)	
Monocytes :	7.2 %	(1.0-8.0)	
Soit:	0.64 G/L 640/mm <sup>3</sup>	(0.10-1.10) (100-1 100)	
Lymphocytes :	43.9 %	(20.0-40.0)	
Soit:	3.91 G/L 3 910/mm <sup>3</sup>	(2.00-8.00) (2 000-8 000)	
<b>PLAQUETTES :</b>			
	481 G/L 481 000/mm <sup>3</sup>	(200 000-400 000)	

**GARDE 24h/24h : Tél : 06 90 98 76 87**

173, Angle Bd Al Qods et Bd 2 Mars, **Résidence - AL Majo**, Imm I, 1<sup>er</sup> étage N° 5, Casablanca

Tél / Fax : 05 22 21 50 89 E-mail : labo\_ain\_chock@outlook.com





LABORATOIRE  
AIN CHOCK

Buff OUAHBI Malak

# Laboratoire d'analyses médicales

Hématologie, Bactériologie, Parasitologie, Mycologie, Virologie  
Immunologie, Hormonologie, Oncologie, Spermiologie

## BIOCHIMIE SANGUINE

Ferritine  
(Dosage CMIA)

17.1 ng/mL (15.0–150.0)

## IMMUNO-HEMATOLOGIE

### GROUPE SANGUIN ABO ET RHESUS

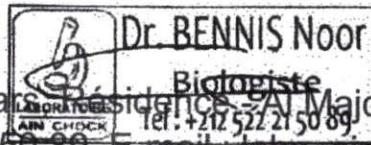
Deux déterminations, chacune réalisée en double, sont nécessaires à la délivrance d'une carte de groupe sanguin définitive.

Groupe sanguin ABO  
Rhésus (D)

O

Positif

GARDE 24h/24h : Tél : 06 90 98 76 87



73, Angle Bd Al Qods et Bd 2 Mars, Résidence ZAI Majd, Imm I, 1<sup>er</sup> étage N° 5, Casablanca  
Tél / Fax : 05 22 21 50 89 E-mail : labo\_ain\_chock@outlook.com



Nom prénom : Enff Malak OUAHBI  
Date de naissance : 15-06-2016  
Prélèvement du : 24-01-2020 10:31  
Référence : 2001242010  
Prescripteur :

ICE : 00 17 1 39 24 00 0036



097165385

INPE : 097165385

IF : 15235587

## Facture – Relevé N° : 200100292

### Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
PSA	Prélèvement sang adulte	E17	E
0154	Groupe Sanguin	B60	B
0216	Ferritine	B250	B
	Numération formule	B80	B

TOTAL DES B : 390

TOTAL A PAYER : 400.00

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

**quatre cents dirhams**

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

Laboratoire AÏN CHOCK  
d'analyses médicales  
173, Bd Al Qods Résidence - Al Majd, Imm I,  
1er étage N° 5, Casablanca - Tél : 05 22 21 50 89