

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **1673** Société : **147872**
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom :
 Date de naissance :
 Adresse :
 Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

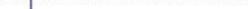
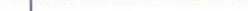
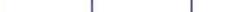
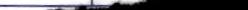
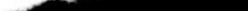
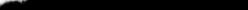
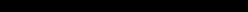
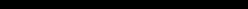
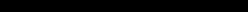
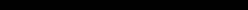
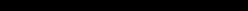
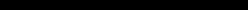
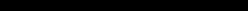
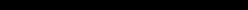
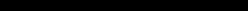
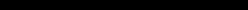
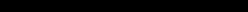
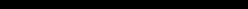
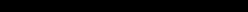
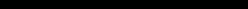
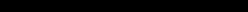
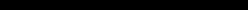
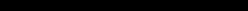
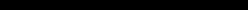
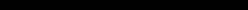
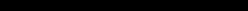
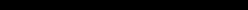
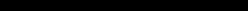
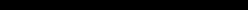
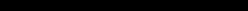
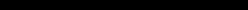
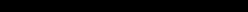
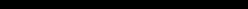
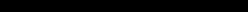
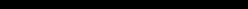
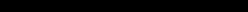
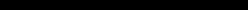
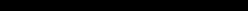
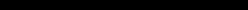
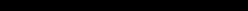
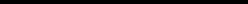
Cachet du médecin : **Dr. Khalid AGAIA
ANESTHÉSISTE - REANIMATEUR
Polyclinique du Sud - Marrakech
Tél : 044 44 79 29 / 044 44 80 12**
 Date de consultation : **14/01/2015**
 Nom et prénom du malade : **Yamal Sadiq** Age : **73**
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : **Maladie**
 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.

Le : / /

"adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Caphe et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes			
14.12.2023	Ch		Gst				
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
							
				  NPE 073062861	01.23	D1020, PVT	1700 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

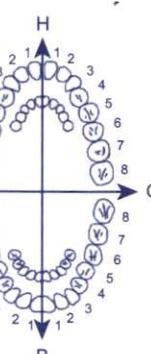
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				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			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553		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				

مصحة الجنوب



POLYCLINIQUE DU SUD

مركز صحي وجراحي
وتصفية الكليتين

Centre médico-Chirurgical
Hémodialyse

Dme YAMID SAADIA

Fme sups

α NFS, P8

α 10mg gr more unsplit

α Uret, kretz.

α CRP.

α Thrombomine

α DDwtere.

LABO-GUELIZ
DR. ABDEERRAZAK RIZKI
182 Av Abdelkrim EL Khettabi - Marrakech
Tél. 05 24 42 33 22 - Fax : 05 24 42 30 33
INPE : 07 30 62 861

Urgent!





مختبر التحاليل الطبية جليز
LABO-GUELIZ D'ANALYSES MEDICALES



د. عبد الرزاق رزقي
Dr. Abderrazak RIZKI
Médecin Biologiste

Ancien Intime et Attaché aux Hôpitaux
de Barcelone et au CHU la Pitié Val-de-Grâce
à Paris. DDI en Management de la qualité.

ICE : 001804301000086

IF : 20686354

Patente : 45102274

CNSS : 4928406

FACTURE N° : 230100442

MARRAKECH le 14-01-2023

POLYCLINIQUE DU SUD

Mme YAMID Saadia

Récapitulatif des analyses		
CN	Analyse	Cle
0111	Créatinine	B30
0104	Calcium	B30
0105	Chlore	B30
0370	CRP	B100
0131	Potassium	B30
0133	Sodium	B30
0216	Numération formule	B30
0130	Protéines	B80
0132	Réserve alcaline	B30
0236	Taux de prothrombine	B40
0135	Urée	B30
	D-Dimères	B300
	Troponine Ic	B250

TOTAL DOSSIER : 1700.00DH

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

LABO-GUELIZ
Dr. ABDELLAH EL KHETTABI Marrakech
182 Av Abdellah El Khettabi 40244230 33
Tél : 05 24 42 33 22 Fax : 05 24 42 30 33
INPE : 073062861



Code patient : 2301140011
Date du prélèvement : 14-01-2023 à 01:45
Edition : 14-01-2023

Mme YAMID Saadia
Né(e) le : 01-01-1950 (73 ans)
Dossier N° : 2301140011
Passeport N° :
Prescripteur :



HEMATOCYTOLOGIE

HEMOGRAMME

(Automate: Sysmex XN 1000 / XN550)

Hématies :	4.69	M/mm ³	(3.84-5.12)
Hémoglobine :	12.50	g/dL	(11.80-15.00)
Hématocrite :	35.9	%	(35.0-45.0)
VGM :	76.5	fL	(83.0-97.0)
TCMH :	26.7	pg	(27.5-33.2)
CCMH :	34.8	g/dL	(31.9-35.9)
Leucocytes :	14 610	/mm ³	(3 800-9 100)
Neutrophiles :	72.5 % soit	10 592 /mm ³	(1 900-5 700)
Eosinophiles :	0.5 % soit	73 /mm ³	(40-520)
Basophiles :	0.4 % soit	58 /mm ³	(0-90)
Lymphocytes :	19.4 % soit	2 834 /mm ³	(1 070-3 900)
Monocytes :	7.2 % soit	1 052 /mm ³	(170-1 000)
Plaquettes :		347 000 /mm ³	(177 000-379 000)

HEMOSTASE (Automate: STA Satellite, STAGO)

Temps de Quick Témoin:	13.3	sec.
Temps de Quick Patient:	13.7	sec.
Taux de Prothrombine	95	%
INR :	1.03	(>70)

Surveillance de traitement anticoagulant par AVK :

La zone thérapeutique se situe pour la plupart des indications à un INR "cible" entre 2-3 (pour certains cas entre 3-4,5).

D-Dimères
(Immunoanalyse en cinétique de fluorescence)

Changement de technique le 24-09-2018

427.07 ng/ml
0.43 µg/ml

(<500.00)
(<0.50)

LABO-GUELIZ
Dr. ABDERRAZAK RIZKI
182 Av Abdelkrim EL Khattabi - Marrakech
Tel : 05 24 42 33 22 - Fax : 05 24 42 30 33
INPE : 07 30 62 62 62

Page 1 / 3

Prélèvement à domicile sur rendez-vous



2301140011 - Mme YAMID Saadia

BIOCHIMIE SANGUINE

(Automates: Cobas C311-Integra400plus-Roche Diagnostics Systems)

Aspect du sérum :

Clair

CRP
(Immunoturbidimétrie)

79 mg/L

(<6)

Urée
(Dosage enzymatique)

0.36 g/L
6.0 mmol/L

(0.15-0.45)
(2.5-7.5)

Créatinine
(Dosage cinétique)

6.8 mg/L
60.2 µmol/L

(5.0-12.0)
(44.3-106.2)

IONOGRAMME COMPLET (NA-K-CL-CA-RA-PT)

Sodium (Na)
(Electrode sélective d'ions diluée (indirecte))

137 mmol/L

(135-145)

Potassium (K)
(Electrode sélective d'ions diluée (indirecte))

4.40 mmol/L

(3.50-5.20)

Chlore (Cl)
(Electrode sélective d'ions diluée (indirecte))

101 mmol/L

(98-107)

Bicarbonates
(Dosage enzymatique)

19 mmol/L

(22-29)

Commentaire

Résultat contrôlé: à confronter aux données cliniques et thérapeutiques

Protéines totales
(Dosage colorimétrique)

(64.0-83.0)

63.6 g/L

Calcium
(NM-BPTA-EDTA- Cobas C311 / Integra 400plus)

(88-102)
(2.20-2.55)

83 mg/L
2.08 mmol/L

Calcium corrigé
(O-CPC)

(88.00-102.00)

87.60 mg/L

LABO-GUELIZ
Dr.ABDERRAZAK RIZKI
182 Av Abdelkrim EL Khattabi - Marrakech
Tél : 05 24 42 33 22 - Fax : 05 24 42 30 33
INPE : 073062861

Prélèvement à domicile sur rendez-vous

Page 2 / 3



2301140011 - Mme YAMID Saadia

MARQUEURS CARDIAQUES

Troponine Ic US

(Technique CLIA - ARCHITECT i1000SR-ABBOTT)

Changement de technique le 25-09-2018

Valeurs seuils (99^{ème} percentile) :

Femme (21 - 75 ans) : 16 ng/L

Homme (21 - 75 ans) : 34 ng/L

2 128.90 ng/L

Interprétation : Algorithme en 2 heures (NSTEMI)

- $T_0 < 2 \text{ ng/L}$ ou Delta $T_{2h} - T_0 < 6 \text{ ng/L}$: Exclusion avec une sensibilité à 97.7% et une VPN de 99.4%
- $T_0 > 100 \text{ ng/L}$ ou Delta $T_{2h} - T_0 > 10 \text{ ng/L}$: Inclusion avec une spécificité de 95% et une VPP de 74.5%
- Autres : Zone d'observation. Prévalence de l'IDM de 8.6%

LABO►GUELIZ
Validé par : Dr. Abderrazak RIZKI
Dr. ABDEERRAZAK RIZKI
182 Av Abdelkrim EL Khettabi - Marrakech
Tél : 05 24 42 33 22 - Fax : 05 24 42 30 38
INPE : 073062861