

## 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.

**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° W21-799079

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12815 Société : NAF  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : Kamelia Kabbaj  
 Date de naissance : 06-12-1989  
 Adresse : 84e Cas Anfa Royal Air Maroc  
 Tél. : 0662765224 Total des frais engagés : 720,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05/05/2023

Nom et prénom du malade : Kamelia Kabbaj

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : splénectomie & antiapoptose plaquettaire

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 : Marrakech Le : 06/05/23

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



# 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
05/05/23	C		G	Dr. KABBASJIAN Professeur en Hépatogastro-Entérologie INPE : 101 102 325

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

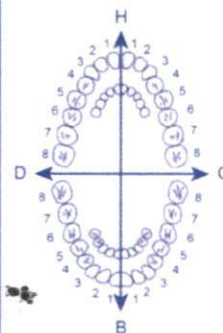
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	05/05/23	BS20	729,50 D4

## AUXILIAIRES MEDICAUX

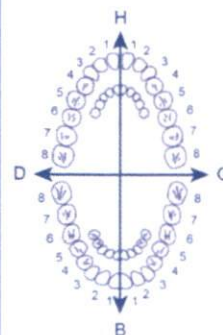
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



### O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# L.A.M. RIAD

13, Angle Avenue Almelia et rue Meziata - Hay Riad  
(City Center - ACIMA) - RABAT  
Tél : 05 37 71 05 06 / 05 37 57 23 23 - Fax : 05 37 71 50 60  
Site-Web : [www.laboriad.ma](http://www.laboriad.ma) - E-mail : [laboratoireriad@gmail.com](mailto:laboratoireriad@gmail.com)

**FACTURE N° : 230500382**

Rabat le 05-05-2023

**Mme Kamelia KABBAJ**

Date de l'examen : 05-05-2023

Analyses :

Récapitulatif des analyses			
C/N	Analyse	Val	Clefs
0106	Cholestérol total	B30	B
0108	Cholestérol H D L	B50	B
0109	Cholestérol L D L	B50	B
PS	Prélèvement sanguin	E20	E
0134	Triglycérides	B60	B
0154	Ferritine	B250	B
0216	Numération formule	B80	B

Total des B : 520

TOTAL DOSSIER : 720.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : sept cent vingt dirhams .

*L.A.M. Riad*  
Tél : 05 37 71 05 06  
05 37 57 23 23 - Fax : 05 37 71 50 60  
Pat : 25995358 - IF : 3349086

**CODE INPE**



103060877

Patente N°: 25995358 - CNSS: 9114357 - IF: 3349086 RIB: 013 810 01214 000040 001 27 94 BMCI RYAD NAKHIL -  
ICE: 001685262000044 - INPE: 103060877

- Analyses Médicales
- Biologie Spécialisée
- Procréation Médicalement Assistée.
- Cytogénétique Moléculaire.

2305052047 – Mme Kamelia KABBAJ

Page 3 / 3

13-07-2020

**FERRITINE**

( Chimiluminescence Beckman Coulter )

34 ng/mL

(11-306)

51

Demande validée biologiquement par Dr. Jalil EL ATTAR



**Dr. Jalil ELATTAR**  
13, Angle Avenue Almelia  
et Rue Meziata Hay Riad-RABAT  
Tél : 05 37 71 05 06  
06 37 57 23 23  
Fax : 05 37 71 50 60





- Analyses Médicales
- Biologie Spécialisée
- Procréation Médicalement Assistée.
- Cytogénétique Moléculaire.

2305052047 – Mme Kamelia KABBAJ

Page 2 / 3

## BIOCHIMIE SANGUINE

**INDICE DE LIPEMIE**  
**INDICE D'HEMOLYSE**  
**INDICE D'ICTERE**

Limpide  
Non hémolysé  
Non ictérique

### **CHOLESTEROL TOTAL**

( Méthode CHOD-PAP Beckman Coulter )

**2.03** g/L (<2.00)  
**5.25** mmol/L (<5.17)

### **HDL – CHOLESTEROL**

( Méthode Immuno-inhibition Beckman Coulter )

**0.67** g/L (>0.40)  
**1.73** mmol/L (>1.03)

### **CHOLESTEROL LDL**

( Méthode CHO-PAP Beckman Coulter )

**1.33** g/L  
**3.4** mmol/L

#### Recommandations AFSSAPS 2005 :

##### **LDL-CHOLESTEROL**

Doit être <	2,2	g/L	:	Si absence de risque cardio-vasculaire
“ “ <	1,9	g/L	:	Si 1 facteur de risque cardio-vasculaire
“ “ <	1,6	g/L	:	Si 2 facteurs de risque cardio-vasculaire
“ “ <	1,3	g/L	:	Si 3 ou + facteurs de risque cardio-vasculaire
“ “ <	1,0	g/L	:	Si haut risque cardio-vasculaire

Facteurs de risque possibles : Age, tabagisme, HTA, diabète type II, antécédents coronariens

##### **HDL-CHOLESTEROL**

<	0,40	g/L	:	Facteur de risque cardio-vasculaire
>	0,60	g/L	:	Facteur considéré comme protecteur

### **TRIGLYCERIDES**

( Méthode GPO-PAP Beckman Coulter )

**0.64** g/L (<1.50)  
**0.72** mmol/L (<1.70)

Conclusion :

Bilan lipidique à interpréter avec le médecin en fonction de la clinique et de la thérapeutique



- Analyses Médicales
- Biologie Spécialisée
- Procréation Médicalement Assistée.
- Cytogénétique Moléculaire.

Edité le 05-05-2023 à 11:23

Prescripteur :

EXAMEN du 05-05-2023

**Mme KABBAJ Kamelia**

**Code Patient :1607292015**

Né(e) le : 06-12-1989



Prélevé le : 05-05-2023 à 09:24



## HEMATOLOGIE

( Fluorescence en Cytométrie de Flux sur SYSMEX-XN 1000)

### ETUDE DE LA LIGNEE ERYTHROCYTAIRE

13-07-2020

Hématies :	4.220	M/mm <sup>3</sup>	(3.800-5.400)	4.350
Hémoglobine :	12.9	g/dL	(12.5-15.5)	13.5
Hématocrite :	38.1	%	(37.0-47.0)	41.1
VGM :	90.3	μ <sup>3</sup>	(82.0-98.0)	94.5
CCMH :	33.9	%	(32.0-36.0)	32.8
TCMH :	30.6	pg	(>27.0)	31.0
RDW :	14.6	%	(12.0-16.0)	14.8

### ETUDE DE LA LIGNEE LEUCOCYTAIRE

13-07-2020

Leucocytes :	7.150	/mm <sup>3</sup>	(4.000-10.000)	7.680
Poly. Neutrophiles :	52.8	% soit 3 775	/mm <sup>3</sup> (1 800-7 500)	54.1
Poly. Eosinophiles :	4.6	% soit 329	/mm <sup>3</sup> (100-400)	2.6
Poly. Basophiles :	1.1	% soit 79	/mm <sup>3</sup> (<200)	0.7
Lymphocytes :	31.6	% soit 2 259	/mm <sup>3</sup> (1 000-4 500)	32.2
Monocytes :	9.9	% soit 708	/mm <sup>3</sup> (200-1 000)	10.4

13-07-2020

Plaquettes	<b>423</b>	Mille/mm <sup>3</sup>	(150-400)	471
VMP	<b>11.2</b>	fl	(6.9-10.8)	10.5

