

## 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.

N° W21-799079

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	1281X	Société :	RAN
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	A 60496
Nom & Prénom : Kamelia Kabbaj			
Date de naissance : 26-12-1989			
Adresse : 80496 Casablanca Royal Air Maroc			
Tél. :	0662765224	Total des frais engagés	720,00 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin	
	Cachet du médecin :	Dr. KABBAJ Kamelia Professeur en Radiato-Gastro-Entérologie INPE : 101 102 325
Date de consultation :	05/05/2023	Age :
Nom et prénom du malade :	Kamelia KABBAJ	
Liège de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :	splénomegalie et anticapitonnage 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 : Rabat

Signature de l'adhérent(e) : 

Le : 06/05/2023

### 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
05/05/23	C		G	Dr. KREBBAY Professeur en Hépato-Gastro-Enterologie INPE : 01 102 325

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

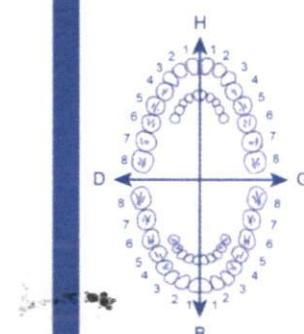
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
05/05/23 8500	05/05/23	8500	29,50,04

### AUXILIAIRES MEDICAUX

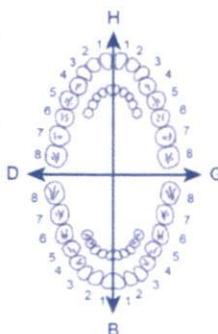
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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



# 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

## 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  
Tel : 05 37 71 05 06  
05 37 57 23 23 - 05 37 71 50 60  
Fax : 3349086  
Pat : 25995358 - IF : 3349086



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



**LABORIAD**

**Dr Jalil ELATTAR**  
Médecin Biologiste

**مركز التحاليل الطبية الرياض**

**CENTRE DE BIOLOGIE RIAD**

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

2305052047 – Mme Kamelia KABBAJ

Page 3 / 3

13-07-2020

**FERRITINE**

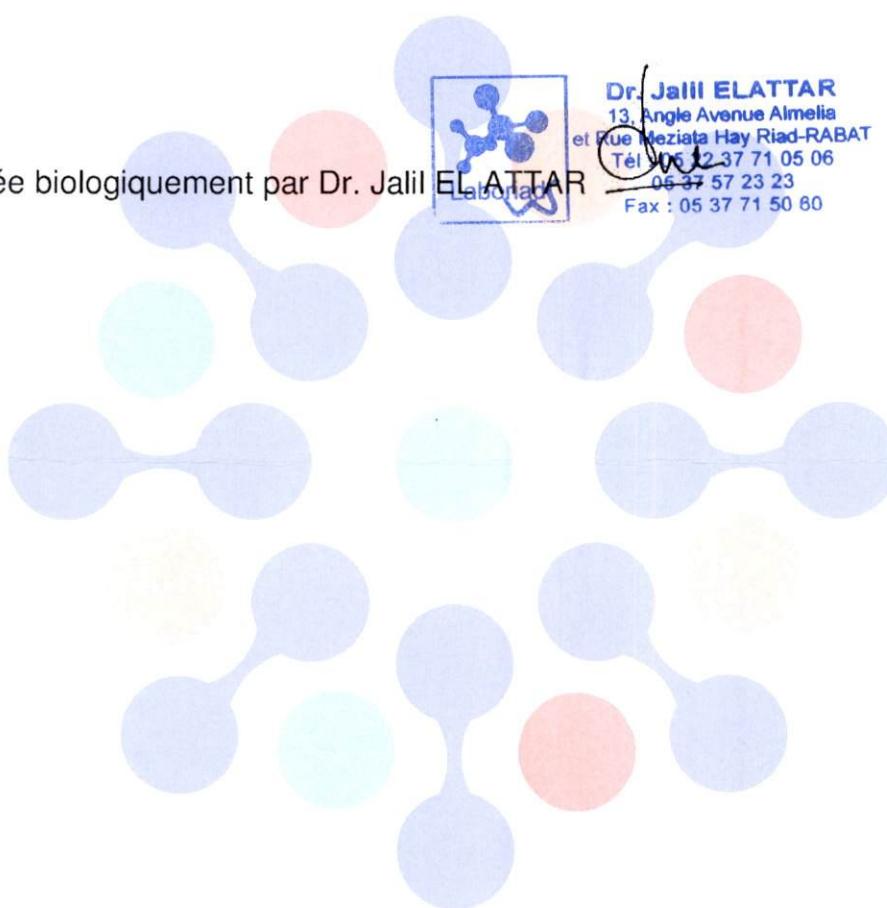
( Chamiluminescence Beckman Coulter )

34 ng/mL (11-306)

51

Demande validée biologiquement par Dr. Jalil EL ATTAR

Dr. Jalil EL ATTAR  
13, Angle Avenue Almelia  
et Rue Meziata Hay Riad-RABAT  
Tél : 05 37 71 05 06  
05 37 57 23 23  
Fax : 05 37 71 50 80





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

2305052047 – Mme Kamelia KABBAJ

Page 2 / 3

## BIOCHIMIE SANGUINE

### INDICE DE LIPEMIE

Limpide

### INDICE D'HEMOLYSE

Non hémolysé

### INDICE D'ICTERE

Non ictérique

### CHOLESTEROL TOTAL

( Méthode CHOD-PAP Beckman Coulter )

2.03 g/L  
5.25 mmol/L

(<2.00)  
(<5.17)

### HDL – CHOLESTEROL

( Méthode Immuno-inhibition Beckman Coulter )

0.67 g/L  
1.73 mmol/L

(>0.40)  
(>1.03)

### CHOLESTEROL LDL

( Méthode CHO-PAP Beckman Coulter )

1.33 g/L  
3.4 mmol/L

Recommendations 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 )

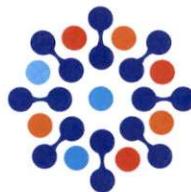
0.64 g/L  
0.72 mmol/L

(<1.50)  
(<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	423	Mille/mm <sup>3</sup>	(150–400)	471
VMP	11.2	fl	(6.9–10.8)	10.5

