

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

N° W21-806559

14460

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

2905

Société :

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

NABIL MED

Date de naissance :

1953

Adresse :

El Habtuelle

Tél. :

0663583410

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 :

Nephritis

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 :

Le :

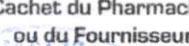
Signature de l'adhérent(e) :

Nabil

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 05/07/2023 | | | G | INP : 1112632811 |
| 06/07/2023 | | | G | DR SAMILI Hamza que Re. Thérapeute 1112632811 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Centre de la Pharmacie N°1 El Jadida |
|---|------------|--------------------------------------|
|  | 06/10/2022 | 81,40 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|--|----------|------------------------------|------------------------|
| Laboratoire de Radiologie Médicale Laboratoire et Clinique Radiologique ICE : 001638895000071 Télé : 34810535 | 06/07/23 | B 1,90 | 676,60 DHS |

AUXILIAIRES MEDICAUX

VOLET ADHERENT

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

BELEVE 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"/> | | | | | | | | | | | | | | |
|---|----------------|------------------|-------------|--|---|---|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|
| | | | | CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | - | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | - | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | - | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> </table> | | | | | H | G | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | |
| H | G | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | G | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATE DU DEVIS | | | | FIN D'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | | | | CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | | | | | |



090003906

RADIOOTHERAPIE CONFORMATIONNELLE ET DOSIMETRIE 3D • RADIOTHERAPIE PAR MODULATION D'INTENSITE : IMRT • RAPID-ARC •
RADIO-CHIRURGIE STEREOTAXIQUE • CURIETHERAPIE HAUT DEBIT • MEDECINE NUCLEAIRE • ONCOLOGIE MEDICALE • ONCO. HEMATOLOGIE
GREFFE DE MOELLE OSSEUSE • RADIOLOGIE • CHIRURGIE CARCINOLOGIQUE • CHIRURGIE REPARATRICE ET ESTHETIQUE • SOINS INTENSIFS
REANIMATION ET TRAITEMENT DE LA DOULEUR • SOINS PALLIATIFS • RADIOFREQUENCE • DEPISTAGE ET DIAGNOSTIC DES TUMEURS

Patient: *NABIL A* ai m2

51,45 *51145*

- SEPCEN 250 mg Cp
o Eps 2j Per Os Pdt 05 jours.

30,02 - MYANTALGIC CP
o Eps 2j Per Os Pdt 05

Dr SAMI ALI PAP 1
Dermatologue Radio-oncologue
Cabinet d'E. S. A. P. A.
Av Ibn Badis, Centre Ibn Badis, 2^e Appartement
N°11 - El Jadida - Tel: 05 23 37 26 57 - 06 21 49 75 52

MYANTALGIC® 20 comprimés pelliculés

PPV 30DH00 EXP 12/2024
LOT 2N032 2

Dr SAMI ALI Hassan
Chirurgien Radiothérapeute
Cabinet d'Oncologie
Av Ibn Badis, Centre Ibn Badis, 2^e Appart 11
Tel: 05 23 37 26 57 - 06 21 49 75 52

Changez de fil tous les 03 jours et ablation des fils dans 10 jours.

Dr SAMI ALI Hassan
Chirurgien Radiothérapeute
Cabinet d'Oncologie
Av Ibn Badis, Centre Ibn Badis, 2^e Appart 11
Tel: 05 23 37 26 57 - 06 21 49 75 52

RADIOOTHERAPIE CONFORMATIONNELLE ET DOSIMETRIE 3D • RADIOTHERAPIE PAR MODULATION D'INTENSITE : IMRT • RAPID-ARC •
RADIO-CHIRURGIE STEREOTAXIQUE • CURIETHERAPIE HAUT DEBIT • MEDECINE NUCLEAIRE • ONCOLOGIE MEDICALE • ONCO. HEMATOLOGIE
GREFFE DE MOELLE OSSEUSE • RADILOGIE • CHIRURGIE CARCINOLOGIQUE • CHIRURGIE REPARATRICE ET ESTHETIQUE • SOINS INTENSIFS
REANIMATION ET TRAITEMENT DE LA DOULEUR • SOINS PALLIATIFS • RADIOFREQUENCE • DEPISTAGE ET DIAGNOSTIC DES TUMEURS

Nabe Nabil Naima

06 / 07 / 2023

1/ INFS 19
2/ USET Cest
3/ Bilan tripatif
4/ Bilan d'hospital

Mme NABIL Naima
01-01-1958 F



2306090022

A coller sur l'ordonnance

Laboratoire de Biologie Médicale
Clinique Yasmine
ICE : 00163889500071
TP : 34810533

E. SAMLALI Naima
Chirurgie Radiothérapeute
Cabinet d'Oncologie
Jahra Bin Badis, Imm P Appt 11
Judida
0521497532

Relevé d'Honoraires N° : 2307060027

CASABLANCA le 06-07-2023

Mme NABIL Naima

Demande N° 2307060027

Date de l'examen : 06-07-2023

| Récapitulatif des analyses | | Clé | Coefficient |
|----------------------------|--|-----|-------------|
| CN | Analyse | | |
| 0135 | Urée | B | 30 |
| 0236 | Taux de prothrombine | B | 40 |
| 0239 | Temps de céphaline: TCK | B | 40 |
| 0143 | Phosphatases alcalines | B | 50 |
| 0216 | Numération formule | B | 80 |
| 0141 | Gamma glutamyl transférase (GGT) | B | 50 |
| 0111 | Créatinine | B | 30 |
| 0103 | Bilirubine (Totale Directe et Indirecte) | B | 70 |
| 0146 | Transaminases O (TGO) | B | 50 |
| 0147 | Transaminases P (TGP) | B | 50 |
| 9105 | Forfait traitement échantillon sanguin | E | 20 |

Total des B : 490

TOTAL DOSSIER : 676.6 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : six cent soixante-seize dirhams soixante centimes

Laboratoire de Biologie Médicale
Clinique Yasmine
ICE : 001638895000071
TP : 34810535

DU LUNDI AU VENDREDI DE 7H À 19H - LE SAMEDI 7H À 16H - LA GARDE 24/24 ET 7/7 DE 19H À 7H DU MATIN

Boulevard Sidi Abderrahmane, Angle rue de Sijilmassa, Hay El Hana, Casablanca - Pour accéder : Tram Ligne 2 direction Ain Diab, Station Hay Hassani ☎ 05 22 36 48 61 ☎ 05 22 36 03 98

Edition le Jeudi 06 Juillet 2023 à 12:04
Pr SAMLALI REDOUAN

Résultats de Mme Naima NABIL
Né(e) le 01-01-1958
Dossier : 2307060027

Prlevé le : à heure non communiquée par
Dossier enregistré le: 06-07-2023 à 11:06
Compte rendu complet

*OK Ch. Naima
Dr SAMLALI REDOUAN
Onco-gynécologue
Cabinet d'Onco-gynécologie
1/ibn Badis, Centre Ibn Badis, Immeuble Agadir 11
Tél: 05 23 37 26 57 - 06 21 49 75 52*

Mme Naima NABIL

Pr SAMLALI REDOUAN

Intervalle de référence

Antériorités

HEMATOLOGIE

NUMERATION FORMULE SANGUINE

(Automate Sysmex XN-1000i)

27-06-2023

Hématies

Hémoglobine

4.08 M/mm³ (3.80-5.90) 2.42

Hématocrite

12.1 g/dl (11.5-17.5) 7.4

VGM

37.2 % (34.0-53.0) 22.3

TCMH

91.18 μ³ (82.00-98.00) 92.15

CCMH

29.66 pg (28.00-32.00) 30.58

32.53 g/dl (30.00-35.00) 33.18

Leucocytes

Poly.Neutrophiles

16 250 /mm³ (3 800-11 000) 9 930

soit

74.60 % 58.70

Poly.Eosinophiles

12 123 /mm³ (1 400-7 700) 5 829

soit

0.40 % 0.30

Poly.Basophiles

65 /mm³ (20-580) 30

soit

0.60 % 0.20

Lymphocytes

98 /mm³ 20

soit

17.90 % 32.50

Monocytes

2 909 /mm³ (1 000-4 800) 3 227

soit

6.50 % 8.30

Plaquettes

1 056 /mm³ (150-1 000) 824

226 000 /mm³ (150 000-445 000) 289 000

Commentaire:

Cytologie vérifiée sur frottis

Laboratoire de Biologie Médicale
Clinique Yasmine
ICE : 001638895000071
TP : 34810535

Dossier validé biologiquement par : Docteur Sara AATFAOUI

Page 1 / 5

DU LUNDI AU VENDREDI DE 7H À 19H - LE SAMEDI 7H À 16H - LA GARDE 24/24 ET 7/7 DE 19H À 7H DU MATIN

Boulevard Sidi Abderrahmane, Angle rue de Sijilmasa, Hay El Hana, Casablanca - Pour accéder : Tram Ligne 2 direction Ain Diab, Station Hay Hassani ☎ 05 22 36 48 61 ☎ 05 22 36 03 98

2307060027 - Mme Naima NABIL- né(e) le 01-01-1958

HEMOSTASE

Temps de Quick
(Coagulométrique)

12.7 sec

(<14)

23-06-2023

12.4

Taux de Prothrombine:
(Coagulométrique)

86.2 %

(>70)

90.1

I.N.R:

1.09

1.06

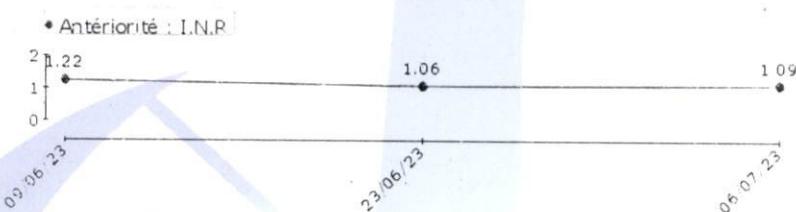
Zones thérapeutiques habituelles sous AVK :

- Prévention et traitement des thromboses veineuses, des embolies pulmonaires ou systémiques: 2 à 3 (cible: 2,5)
- Prothèses valvulaires mécaniques en position tricuspidale et prothèses biologiques : 2 à 3 (cible: 2,5)
- Prothèses valvulaires mécaniques mitrale ou aortique, embolies systémiques récidivantes: 3 à 4,50 (cible : 3,7)

Recommandations :

Après un changement de posologie, le premier contrôle de l'INR doit être fait 3 jours après la modification.

SI TP<10% et /ou INR>8 APPELER D'URGENCE VOTRE MEDECIN TRAITANT.



Laboratoire de Biologie Médicale
Clinique Yasmine
ICE : 001638895000071
TP : 34810535

Dossier validé biologiquement par : Docteur AATFAOUI Sara

Page 2 sur 5

DU LUNDI AU VENDREDI DE 7H À 19H - LE SAMEDI 7H À 16H - LA GARDE 24/24 ET 7/7 DE 19H À 7H DU MATIN

Boulevard Sidi Abderrahmane, Angle rue de Sijilmassa, Hay El Hana, Casablanca - Pour accéder : Tram Ligne 2 direction Ain Diab, Station Hay Hassani ☎ 05 22 36 48 61 ☎ 05 22 36 03 98

2307060027 - Mme Naima NABIL- né(e) le 01-01-1958

Temps de céphaline activée :

| | | | | |
|-------------------------------------|----------|---------|------------|------|
| Temps Témoin (coagulométrique) | 28.0 sec | | 23-06-2023 | 28.0 |
| Temps Patient (coagulométrique) | 26.2 sec | (<38) | | 25.5 |
| Ratio (Malade/ témoin) | 0.87 | (<1.20) | | 0.84 |

Valeurs de référence du Ratio :

- ×– Nourrissons jusqu'à 1 an : <1.49
- ×– Enfants 1 à 17 ans : <1.40
- ×– Adultes : <1.20

BIOCHIMIE SANGUINE

Aspect du sérum

Ictérique

Urée
(Architect Abbott)

0.40 g/l
6.66 mmol/l

26-06-2023

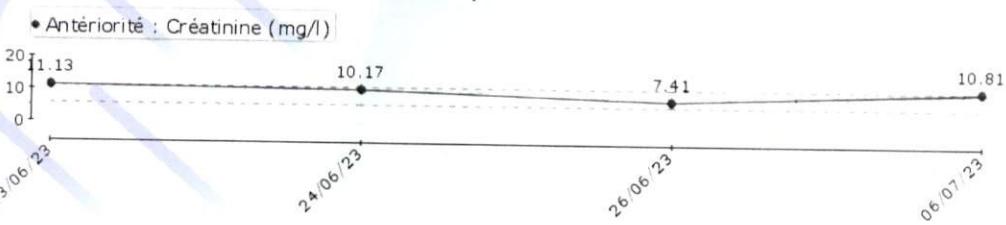
0.16

Créatinine
(Architect Abbott)

10.81 mg/l
95.6 µmol/l

26-06-2023

7.41



Laboratoire de Biologie Médicale
Clinique Yasmine
ICE : 001638895000071
TP : 34810535

Dossier validé biologiquement par : Docteur AATFAOUI Sara

Page 3 sur 5

DU LUNDI AU VENDREDI DE 7H À 19H - LE SAMEDI 7H À 16H - LA GARDE 24/24 ET 7/7 DE 19H À 7H DU MATIN

Boulevard Sidi Abderrahmane, Angle rue de Sijilmassa, Hay El Hana, Casablanca - Pour accéder : Tram Ligne 2 direction Ain Diab, Station Hay Hassani ☎ 05 22 36 48 61 ☎ 05 22 36 03 98

2307060027 - Mme Naima NABIL- né(e) le 01-01-1958

26-06-2023

64.09

Bilirubine Totale
(Architect Abbott)

52.79 mg/l
90 µmol/l

(2-12)
(3-20)

Interprétation:

V.N (mg/l)

Prématuré:

<24 heures: < 80,0

<48 heures: < 120,0

3 à 5 jours: < 150,0

7 jours: < 150,0

Nouveau-né:

<24 heures: < 60,0

< 48 heures: < 100,0

3 à 5 jours: < 120,0

7 jours: < 100,0

Après 7 jours: 2,0 – 12,0

Bilirubine libre (indirecte)
(Architect Abbott)

17.6 mg/l
29.9 µmol/l

(1.0-8.0)

(1.7-13.6)

19.4

Interprétation:

V.N (mg/l)

Prématuré:

<24 heures: < 60,0

<48 heures: < 100,0

3 à 5 jours: < 130,0

7 jours: < 130,0

Nouveau-né:

<24 heures: < 40,0

< 48 heures: < 80,0

3 à 5 jours: < 100,0

7 jours: < 80,0

Après 7 jours: 1,0 – 8,0

Bilirubine Conjuguée (directe)
(Architect Abbott)

35.2 mg/l
59.8 µmol/l

(0.0-5.0)

(0.0-8.5)

44.7

26-06-2023

185.19

Phosphatases alcalines
(Architect ci4100)

156.04 UI/l

(35.00-104.00)

26-06-2023

50

Transaminase GOT (ASAT)
(Architect Abbott)

50 U/l

(<40)

50

Laboratoire de Biologie Médicale
Clinique Yasmine
ICE : 001638895000071
TP : 34810535

Dossier validé biologiquement par : Docteur AATFAOUI Sara

Page 4 sur 5

DU LUNDI AU VENDREDI DE 7H À 19H - LE SAMEDI 7H À 16H - LA GARDE 24/24 ET 7/7 DE 19H À 7H DU MATIN

Boulevard Sidi Abderrahmane, Angle rue de Sijilmasa, Hay El Hana, Casablanca - Pour accéder : Tram Ligne 2 direction Ain Diab, Station Hay Hassani ☎ 05 22 36 48 61 ☎ 05 22 36 03 98

2307060027 - Mme Naima NABIL- née(e) le 01-01-1958

Transaminase TGP (ALAT)
(Architect Abbott)

22 U/l (<45)

26-06-2023

30

Gamma GT
(Architect Abbott)

505 U/l (9-36)

26-06-2023

338

Laboratoire de Biologie Médicale
Clinique Yasmine
ICE : 001638895000071
TP : 34810535

Dossier validé biologiquement par : Docteur AATFAOUI Sara

Page 5 sur 5

DU LUNDI AU VENDREDI DE 7H À 19H - LE SAMEDI 7H À 16H - LA GARDE 24/24 ET 7/7 DE 19H À 7H DU MATIN

Boulevard Sidi Abderrahmane, Angle rue de Sijilmasa, Hay El Hana, Casablanca - Pour accéder : Tram Ligne 2 direction Ain Diab, Station Hay Hassani ☎ 05 22 36 48 61 ☎ 05 22 36 03 98