

# 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

- Reclamation : 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 : 3163 Société : 203033

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

SOU LIMANE KHEBDOUNI / ABBADUI

Date de naissance : 26/05/42

Adresse :

123 Bd ABOU WAGT Bourgogne

Résidence :

SEKKAT B

Tél. : 0661 86 7937

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 :

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 : 29/03/2024

Signature de l'adhérent(e) :

RSB

#### **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
29/3/2014				2014/03/29 - Dr E. J. S.

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>A. M. RADILOGUE</i> Laboratoire SC2 - 120 Avenue de la République 75012 Paris	15.04.24	B.220	314,800€

#### 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.

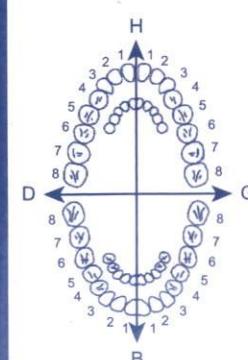
## Important

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHÉSES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553



#### **(Création, remont, adjonction)**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Professeur Driss Jamil

Hépatologie & Gastroenterologie

البروفيسور دريس جميل

أمراض الكبد والجهاز الهضمي

Casablanca, le

29/03/2024 الدار البيضاء في

M<sup>e</sup> Soulimane Khadouy

TL

TCL

Jugge

Nfs +

البروفيسور (دريس) جميل

أمراض الكبد والجهاز الهضمي

شارع أنفا - 201

الهاتف : 0522 94 61 61 / 0522 94 62 62

L : A M : B  
Laboratoire Bourgogne D'Analyses Médicales  
136, Résidence Jellalien 3d, Bourgogne  
Tél : 0522 20 81 02 - 0522 20 80 99  
Fax : 0522 20 81 00 - 0522 20 80 99

Nom : ..... **SOULIMANE**  
Prénom : ..... **Khedoudja**  
Date de Naissance : ..... **26-05-1942**  
Adresse : .....  
Référence : ..... **2103050020**



**Attention :** les résultats figurant ci-dessus ne doivent être considérés comme définitifs qu'après une deuxième détermination effectuée sur un second prélèvement

1 <sup>ère</sup> Détermination	A.B.O	RHESUS	DU
Prélèvement effectué le : <b>15-04-2024</b>	<b>O</b>	<b>Positif</b>	D
Biologiste: <b>Dr BELLAMINE KAWTHAR</b>			C
			C
			E
			e
			CDE

2 <sup>ème</sup> Détermination	A.B.O	RHESUS	DU
Prélèvement effectué le :			D
Biologiste:			C
			C
			E
			e
			CDE

**LABORATOIRE BOURGOGNE D'ANALYSES MEDICALES**

136 Résidence Belhcen, Boulevard Bourgogne

Tél : 0522208099/0522208102 - Fax : 0522208100

@ : labobourgogne.lamb@gmail.com

**FACTURE N° : 240000881**

**INPE : 093064731**



093064731

Casablanca le 15-04-2024

IF: 15231383

ICE: 001692860000053

N° Patente: 35490624

N° CNSS: 4430534

**Mme Khedoudja SOULIMANE**

Demande N° 2404150001

Date de l'examen : 15-04-2024

Analyses :

**Récapitulatif des analyses**

<i>CN</i>	<i>Analyse</i>	<i>Val</i>	<i>Clefs</i>
9105	Prélèvement sanguin	E20	E
B216	Numération Formule (Globules rouges/Blancs/plaquettes)	B80	B
B229	Cross match :Groupe ABO et Rhésus	B60	B
B236	Taux de prothrombine	B40	B
B239	Temps de céphaline kaolin (TCK)	B40	B

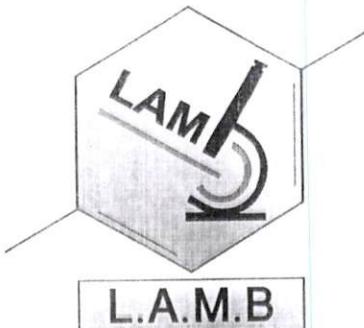
Total des B : 220

Total des HN : 0

**TOTAL DOSSIER : 314.80 DH**

Arrêtée la présente facture à la somme de : trois cent quatorze dirhams quatre-vingts centimes

L.A.M.B.  
Laboratoire Bourgogne D'Analyses Médicales  
136, Résidence Belhcen Bd. Bourgogne  
Tél.: 0522 20 81 02 - 0522 20 80 99  
Fax: 0522 20 81 00 - Casa



Edition : 15-04-2024

Mme SOULIMANE Khedoudja  
Code Patient : 2103050020  
Prélèvement du : 15-04-2024  
externe

Médecin : Dr Jamil Driss

## HEMATOLOGIE

### HEMOGRAMME

(Fluorescence en Cytométrie de Flux sur SYSMEX-XN)

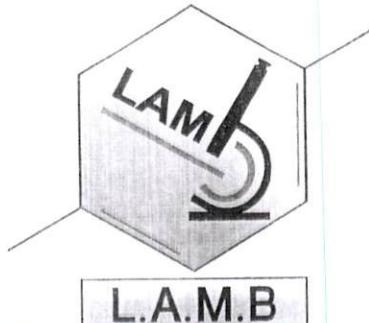
#### ETUDE DE LA LIGNEE ERYTHROCYTAIRE

Hématies :	4.600	M/mm <sup>3</sup>	(3.800–5.400)
Hémoglobine :	12.7	g/dL	(12.5–15.5)
Hématocrite :	39.0	%	(37.0–47.0)
VGM :	85.0	μ <sup>3</sup>	(82.0–98.0)
CCMH :	33.0	%	(30.0–36.5)
TCMH :	28.0	pg	(>27.0)

#### ETUDE DE LA LIGNEE LEUCOCYTAIRE

Leucocytes :	5.230	10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>	(4.000–10.000)
Poly. Neutrophiles :	42.0	% soit	2 197 /mm <sup>3</sup> (1 800–7 500)
Poly. Eosinophiles :	3.0	% soit	157 /mm <sup>3</sup> (100–400)
Poly. Basophiles :	1.0	% soit	52 /mm <sup>3</sup> (<200)
Lymphocytes :	45.0	% soit	2 354 /mm <sup>3</sup> (1 000–4 500)
Monocytes :	9.0	% soit	471 /mm <sup>3</sup> (200–1 000)
Plaquettes	258	M/mm <sup>3</sup>	(150–400)

Dr Bellamine Chorfi Kawthar  
Médecin Biologiste  
Laboratoire d'Analyses Médicales  
Casablanca



Référence : 2404150001

Mme SOULIMANE Khedoudja

Prélèvement du : 15-04-2024

## HEMOSTASE – COAGULATION

### TAUX DE PROTHROMBINE

Antériorités

I.N.R. 1.00  
(International Normalized Ratio)

TAUX DE PROTHROMBINE	100.00	%
Valeur de référence sans AVK : 70 -100 %		
- Temps de Quick témoin	12.0	Sec.
- Temps de Quick patient (TECHNIQUE-STAGO)	11.0	Sec.

### TEMPS DE CEPHALINE KAOLIN

- Temps du Témoin	30.0	Sec.
- Temps du Patient	25.0	Sec.
- Ratio Patient / Témoin (TECHNIQUE – STAGO)	0.83	(0.80-1.20)

## IMMUNO – HEMATOLOGIE

### Groupe et Phénotype rhésus

Groupe sanguin O  
Rhésus (D) Positif  
(Première détermination)

Kawthar  
Médecine Biologiste  
Laboratoire d'Analyses Médicales

Remarque :

La délivrance de la carte de groupage est effectuée après la deuxième détermination du groupe sanguin.

Validation Biologique par : Dr BELLAMINE KAWTHAR

Page : 2/3

Adresse : 136, Résidence Belhcen , Bd. Bourgogne - Casablanca

Tél .: 05 22 20 80 99 / 05 22 20 81 02 - Fax : 05 22 20 81 00

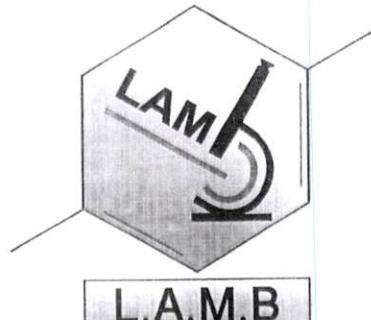
Mail : labobourgogne.lamb@gmail.com

site web : www.labobourgogne.com

**LABORATOIRE BOURGOGNE  
D'ANALYSES MEDICALES  
ET SCIENTIFIQUES**

DOCTEUR BELLAMINE CHORFI KAWTHAR

Médecin spécialisé en biologie clinique  
et analyses médicales



Référence : 2404150001

Mme SOULIMANE Khedoudja

**مختبر بورجون  
للتحاليل الطبية و العلمية**

الدكتورة بلامين شرفي كوثار  
طبيبة اختصاصية في البيولوجيا السريرية  
و التحاليل الطبية

Prélèvement du : 15-04-2024

**Dr. Bellamine Kawthar  
Médecin Biologiste  
Laboratoire d'Analyses Médicales  
Bourgogne**

INPE : 097164701  
Dr. Bellamine Kawthar  
Médecin Biologiste  
Laboratoire d'Analyses Médicales  
Bourgogne

**Adresse :** 136, Résidence Belhcen , Bd. Bourgogne - Casablanca

**Tél .:** 05 22 20 80 99 / 05 22 20 81 02 - **Fax :** 05 22 20 81 00

**Mail :** labbourgogne.lamb@gmail.com

**site web :** www.labbourgogne.com