

## 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.



## Déclaration de Maladie

N° M21- 066787

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3163 Société : 203033  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : SOULIMANE KHEBOUJA / ARZAVI  
Date de naissance : 26/05/42  
Adresse : 123 Bd ABU WABT Bourgogne  
Résidence SEKRAT B  
Tél. : 0661 867937 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : [Stamp: ACCUEIL 24 AVR 2024 MUPRAS NINIA]  
Date de consultation : 2024  
Nom et prénom du malade : AFFE  
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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 29/07/2024

### 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.

**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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



[illegible][illegible]

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES                               |          |                                 |                           |
|--|----------|---------------------------------|---------------------------|
| Cachet et signature du<br>Laboratoire et du Radiologue | Date     | Désignation des<br>Coefficients | Montant<br>des Honoraires |
|  | 15.04.24 | B 220                           | 314,800V                  |
|  |          |                                 |                           |
|  |          |                                 |                           |
|  |          |                                 |                           |
|  |          |                                 |                           |

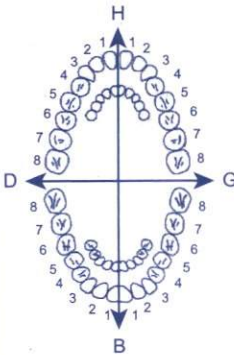
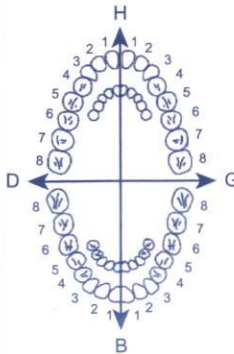
[illegible]

# RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES   | Dents<br>Traitées  | Nature des<br>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<br>PROTHESES DENTAIRES  | DETERMINATION DU COEFFICIENT<br>MASTICATOIRE   |                     |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table> |                     |  | H  |  | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|   | H  |                     |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   | 25533412   | 21433552            |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   | 00000000   | 00000000            |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   | D  | G                   |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   | 00000000   | 00000000            |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   | 35533411   | 11433553            |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   | B  |                     |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   | <b>(Création, remont, adjonction)</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession  |                     |  | 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

**Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.**

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

<sup>290</sup>  
Professeur Driss Jamil

Hépatologie & Gastroenterologie

البروفيسور إدريس جميل

أمراض الكبد والجهاز الهضمي

Casablanca, le 29/03/2024 الدار البيضاء في

M<sup>e</sup> Soulimane Khadbiy

TL

TCK

pyrge

Nfs + 1

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

البروفيسور إدريس جميل

أمراض الكبد والجهاز الهضمي

201, شارع أنفا - الدار البيضاء

الهاتف 0522 94 61 61 / 0522 94 62 62

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



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

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

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



**LABORATOIRE BOURGOGNE D'ANALYSES MEDICALES**

136 Résidence Belhecen, Boulevard Bourgogne

Tél : 0522208099/0522208102 - Fax : 0522208100

@ : labobourgogne.lamb@gmail.com

**FACTURE N° : 240000881**

INPE : 093064731



093064731

Casablanca le 15-04-2024

IF: 15231383

N° Patente: 35490624

ICE: 001692860000053

N° CNSS: 4430534

**Mme Khedoudja SOULIMANE**

Demande N° 2404150001

Date de l'examen : 15-04-2024

Analyses :

**Récapitulatif des analyses**

| CN   | Analyse  | Val | Clefs |
|------|--|-----|-------|
| 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

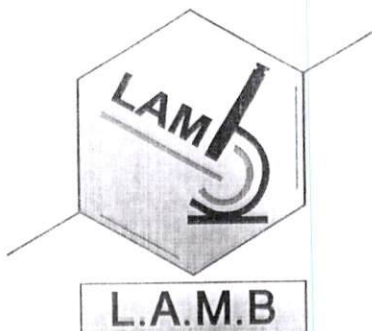
TOTAL DOSSIER : 314.80 DH

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 Belhecen Bd. Bourgogne  
Tél.: 0522 20 81 02 - 0522 20 80 99  
Fax : 0522 20 81 00 - Casa

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

**DOCTEUR BELLAMINE CHORFI KAWTHAR**  
Médecin spécialiste en biologie clinique  
et analyses médicales



**مختبر بورقون  
للتحاليل الطبية و العلمية**

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

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)

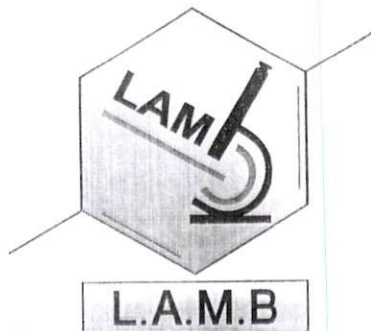
*Jamil Driss Kawthar*  
Médecin biologiste  
Laboratoire d'Analyses Médicales  
Bourgogne

**Adresse :** 136, Résidence Belhacen , 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



Référence : 2404150001

Mme SOULIMANE Khedoudja

Prélèvement du : 15-04-2024

## HEMOSTASE – COAGULATION

### TAUX DE PROTHROMBINE

Antécédents

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

### TAUX DE PROTHROMBINE

Valeur de référence sans AVK : 70 - 100 %

100.00 %

- Temps de Quick témoin 12.0 Sec.  
- Temps de Quick patient 11.0 Sec.  
(TECHNIQUE-STAGO)

### TEMPS DE CEPHALINE KAOLIN

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

(TECHNIQUE – STAGO)

## IMMUNO – HEMATOLOGIE

### Groupe et Phénotype rhésus

Groupe sanguin

O

Rhésus (D)

Positif

(Première détermination)

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 Belhacen , Bd. Bourgogne - Casablanca

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

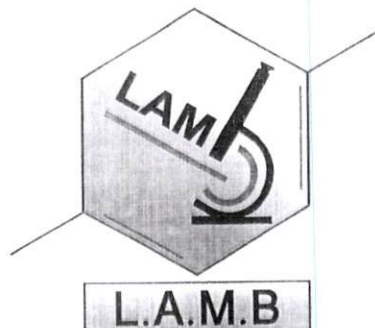
Mail : labobourgogne.lamb@gmail.com

site web : www.labobourgogne.com



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

**DOCTEUR BELLAMINE CHORFI KAWTHAR**  
Médecin spécialiste en biologie clinique  
et analyses médicales



**مختبر بورقون  
للتحاليل الطبية و العلمية**

الدكتورة بلامين شرفي كوثر  
طبيبة إختصاصية في البيولوجيا السريرية  
و التحاليل الطبية

Référence : **2404150001**

Mme **SOULIMANE Khedoudja**

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