

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 canaux, 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 canaux.

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



N° W19-580861

51867

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1043 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : LAHDEI Mohammed
 Date de naissance : 21/06/57
 Adresse : 11 Rue Ibn Haytam 1^{er} Etage, Ap 3 TANGER
 Tél : 2539944385 Total des frais engagés : C

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. ZINE FILALI KAWTAR
 Médecin Spécialiste
 En Hématologie Clinique
 21 Rue Ziyayda, Aviation, Rabat
 INPE:101245587
 Date de consultation : 12/11/2020
 Nom et prénom du malade :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : LLC
 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 médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je décl
 avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Rabat Le : 12 / 11 / 20

Signature de l'adhérent(e) :

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
12/11/2010	consulte	coefficient	montant	Dr. ZINE FILALI KANTAR Médecin Spécialiste En Hématologie Clinique 24 Rue Ziyayda, Aviation, Rabat INPE: 101245587

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

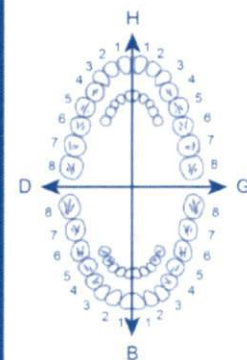
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	12/11/2010	B: 1450 H: 70	1960,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

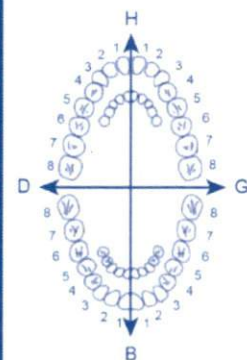
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE

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

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

CCEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

CCEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

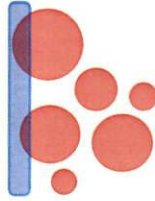
DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTIO

Lr. Kawtar Zine Filali

**Médecin Spécialiste
en Hématologie Clinique**



الدكتورة كوثر زين فيلالي

**طبيبة متخصصة في
أمراض الدم**

Rabat, le ...13/11/2020... الرباط في

Mr Mohammed Rahoui

- 1) Bilirubin Total.
- 2) ASAT - ALAT - PAL - JGT
- 3) uré - créatinine
- 4) Serologie Hepatite virale B
HVC
HIV

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

DR. ZINE FILALI KAWTAR
Médecin Spécialiste
En Hématologie Clinique
21 Rue Ziyade Aviation, Rabat
INPEC: 101245587

العنوان ، 21 زنفة الزيادة ، حي الطيران ، الرباط ، المغرب
الهاتف : 05 37 75 22 33 / المستعجلات : 06 72 11 28 73
البريد الإلكتروني : kawtarzinefilali@gmail.com



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 - E-mail : laboratoireriad@gmail.com

FACTURE N° : 201101197

Rabat le 14-11-2020

Mr Mohammed LAHOU

Date de l'examen : 14-11-2020

Analyses :

Récapitulatif des analyses			
<i>CN</i>	<i>Analyse</i>	<i>Val</i>	<i>Clefs</i>
0103	Bilirubine (Totale Directe et Indirecte)	B70	B
PS	Prélèvement sanguin	E20	E
0135	Urée	B30	B
0143	Phosphatases alcalines	B50	B
0317	Hépatite B / Ag HBS	B120	B
0318	Hépatite B / Ac anti Hbs	B250	B
0321	Hépatite B / Ac anti Hbc	B250	B
0324	Hépatite C / Dépistage	B300	B
0329	HIV: HIV1+HIV (1+2) dépistage	B200	B
	Créatinine	B30	B
	ALAT (GPT): ALANINE AMINO TRANSFERASES	B50	B
	ASAT (GOT)	B50	B
	Gamma G.T.	B50	B

Total des B : 1450

TOTAL DOSSIER : 1960.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : mille neuf cent soixante dirhams .

L.A.M. Riad
Tél : 05 37 71 05 06
05 37 57 23 23-05 37 71 50 60
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

Compte-rendu
complet**Mr Mohammed LAHOUI**

Patient(e) né (e) le : 01-06-1951

Sexe : M

Prélevé(e) le : 12-11-2020 11:56

Dossier N° : 2011120007

Dr Kawtar ZINE FILALI**MARQUEURS HEMATOLOGIQUES****HEMOGRAMME AU REPOS**

Globules rouges (M= 1 Million)	3.56	M/ μ L	(4.32-5.72)
Hémoglobine	10.0	g/dL	(13.0-16.6)
Hématocrite	30.9	%	(38.8-50.0)
VGM	87	fL	(80-100)
TCMH	28	pg	(26-33)
CCMH	32	g/dL	(32-35)

Formule leucocytaire

Globules Blancs	20 300	/mm ³	(3 900-10 500)
<i>Leucocytose</i>			
Neutrophiles	15 %	soit 3 045 /mm ³	(1 700-7 000)
Eosinophiles	3 %	soit 609 /mm ³	(50-500)
Basophiles	1 %	soit 203 /mm ³	(0-300)
Monocytes	5 %	soit 1 015 /mm ³	(300-900)
Lymphocytes	70 %	soit 14 210 /mm ³	(1 300-3 500)
<i>Lymphocytes activés</i>		0 %	
<i>Lymphocytes atypiques</i>		6 %	
Blastes		0 %	
Granulocytes Immatures		0 %	

FROTTIS SANGUIN*Aspect des globules rouges*

Anisocytose ++, anisopoikilocytose ++, anisochromie ++, qqes hématies polychromatophiles.

Aspect des globules blancs

Aucune particularité notable

Aspect des plaquettes

Taux diminué, contrôlé sur citrate.

Autres observations

Ombres de Gumprecht.

COMMENTAIRE SUR L'HEMOGRAMME**SYNDROME LYMPHOPROLIFERATIF CHRONIQUE.**

.IMMUNOMARQUAGE LYMPHOCYTAIRE VIVEMENT SOUHAITABLE



HEMOSTASE / COAGULATION

Taux de Plaquettes (K=1000)

87 K/ μ L (150–450)

Commentaire: Thrombocytopenie

Volume Plaquettaire Moyen (VPM)

8.6 fL (7.4–10.9)

Références

Marqueurs hématologiques:

1-ICSH Recommendations 2010–2017

2-ASH/CAP Guidelines 2010–2017

3- Isth Guidelines 2017

4- IWG (MDS/MPN) Definition and Classification 2016

Références générales:

1-WHO Guidelines and Classifications 2016

2-Mayo Clinic Procedures and Documents 2018

3- ASM Procedures 2017

4- CLSI Standards 2018

5- EUCAST CASFM 2019

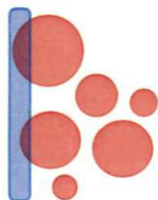
Pr. Ahmed E. Alaoui
Médecin Biologiste
INPE 103062675



Dossier édité le : 13-11-2020 à 14:30

Dr. Kawtar Zine Filali

**Médecin Spécialiste
en Hématologie Clinique**



الدكتورة كوثر زين فيلالي

**طبيبة متخصصة في
أمراض الدم**

Rabat, le 18/11/2020 الرباط في

M. Lahoui Mohammed

1) NFS + Taux de
plaquettes en Tube
citraté.



Dr. ZINE FILALI KAWTAR
Médecin Spécialiste
En Hématologie Clinique
21 Rue Ziyadine Aviation, Rabat
INPE: 101245587



مختبر بروفييسور العلوي

LABORATOIRE
PROFESSEUR ALAOU

FACTURE N° : 201100039

Rabat le 12-11-2020

Mr LAHOUI Mohammed

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
0216	Numération formule	B80	B

Total des B : 80

TOTAL DOSSIER : 88.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : quatre-vingt-huit dirhams .



CODE INPE
103062675