

# 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 apicoscopic 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 mois.

## Adresses Mails utiles

- |                                    |                     |
|------------------------------------|---------------------|
| O Reclamation                      | contact@mupras.com  |
| O Prise en charge                  | pec@mupras.com      |
| O Adhésion et changement de statut | adhésion@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.



# Déclaration de Maladie

N° W19-510105

|  |  |                                  |
|--|--|----------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie  | <input type="checkbox"/> Dentaire                | <input type="checkbox"/> Optique |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) <b>(20853)</b>  |  |                                  |
| Matricule : <b>3467</b>  | Société :  | <input type="checkbox"/> A       |
| <input type="checkbox"/> Actif   | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : |
| Nom & Prénom : <b>Saturi Hm En</b>   |  |                                  |
| Date de naissance : <b>1/07/1958</b>   |  |                                  |
| Adresse : <b>AV. JARINEE AY ABDELLAH N° 11<br/>HAY DESSALY LUNY OUIA<br/>0661284325</b>  |  |                                  |
| Tel. <b>0661284325</b> Total des frais engagés <b>2131</b>   |  |                                  |
| Cadre réservé au Médecin<br><b>Dr Adel EL KHATABI</b><br>Spécialiste des Maladies<br>du Coeur et des Vaisseaux<br>N°43 Rue AL QODS Laâyoune<br>Tél: 0661 38 77 42 GSM: 0661 38 77 42 |  |                                  |
| Cachet du médecin :  |  |                                  |
| Date de consultation : <b>09/01/2022</b>   |  |                                  |
| Nom et prénom du malade : <b>SAB H I khatabi</b> Age : <b>54</b>   |  |                                  |
| Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfan  |  |                                  |
| Nature de la maladie : <b>Pulpitulation</b>  |  |                                  |
| 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 au médecin conseil de la Mutuelle.                                  |  |                                  |

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

Fait à : **Laâyoune** Le : **31/01/2022**

Signature de l'adhérent(e) **Coluir**

## VOLET ADHÉRENT

### Déclaration de maladie

N° W19-510105

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule : **3467**,  
Nom de l'adhérent(e) : **Saturi Hm**,  
Total des frais engagés : **27400**

## 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  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 09 JAN 2016     | Ca                |                       | Fr 640.-                        | IN 21056361 ABI<br>Dr Adel EL KHATIBI<br>Spécialiste des Maladies<br>Gourde et des Vésseaux<br>et de l'Urologie |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur | Date      | Montant de la Facture |
|---|-----------|-----------------------|
| PEA<br>D<br>36, AV<br>Tél : 0326331200    | 910112020 | 99,00                 |

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

AUXILIAIRES MEDICAUX

#### VOLET ADHERENT

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

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Le praticien est prié de préciser la patient traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### **Important**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan d'exploration.

| SOINS DENTAIRES              | Dents Traitées  | Nature des Soins | Coefficient | INP : [REDACTED]                   |   |                     |                     |                     |                     |   |  |                                    |
|------------------------------|---|------------------|-------------|------------------------------------|---|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---|--|------------------------------------|
|                              |   |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED] |   |                     |                     |                     |                     |   |  |                                    |
|                              |   |                  |             | MONTANTS DES SOINS [REDACTED]      |   |                     |                     |                     |                     |   |  |                                    |
|                              |   |                  |             | DEBUT D'EXECUTION [REDACTED]       |   |                     |                     |                     |                     |   |  |                                    |
|                              |   |                  |             | FIN D'EXECUTION [REDACTED]         |   |                     |                     |                     |                     |   |  |                                    |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES | <p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>25533412   00000000</td> <td>01423552   00000000</td> </tr> <tr> <td>00000020   35533411</td> <td>00000000   11423553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction)<br/>fonctionnel. Therapeutique nécessaire à la prothèse</p> |                  |             | H                                  | G | 25533412   00000000 | 01423552   00000000 | 00000020   35533411 | 00000000   11423553 | B |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED] |
| H                            | G   |                  |             |                                    |   |                     |                     |                     |                     |   |  |                                    |
| 25533412   00000000          | 01423552   00000000   |                  |             |                                    |   |                     |                     |                     |                     |   |  |                                    |
| 00000020   35533411          | 00000000   11423553   |                  |             |                                    |   |                     |                     |                     |                     |   |  |                                    |
| B                            |   |                  |             |                                    |   |                     |                     |                     |                     |   |  |                                    |
|                              |   |                  |             | MONTANTS DES SOINS [REDACTED]      |   |                     |                     |                     |                     |   |  |                                    |
|                              |   |                  |             | DATE DU DEVIS [REDACTED]           |   |                     |                     |                     |                     |   |  |                                    |
|                              |   |                  |             | DATE DE L'EXECUTION [REDACTED]     |   |                     |                     |                     |                     |   |  |                                    |

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT ! EXE



# عيادة تشخيص أمراض القلب و الشرايين

CABINET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES

Dr. Adel EL KHATABI

Diplômé de la faculté de médecine de Rabat

د. عادل الخطابي

خريج كلية الطب بالرباط

Ordonnance

SABHI Khadija

① Phytogen  
0 - 0 - 1

② Aspergore 500 mg  
1 - 1 - 1

③ 865 mol  
1 - 1 - 0

99,00 ④ Juvamine forte 100

Dr Adel EL KHATABI

Spécialiste des Maladies  
Du Coeur et des vaisseaux

N° 43 Bd. AL Qods Hay Moulay Rachid  
Laâyoune

Tél : 0528.89.04.20 / 0528.88.77.42

PHARMACIE WAIDA  
Dr. EL ADABI Moulay Ali  
36, AV. 1er JUILLET LAÂYOUNE  
Tél. : 0528.89.39.44

Laâyoune le .. 09 JAN 2020

**CABINET D'EXPLORATION CARDIO-VASCULAIRE**  
**Dr ADEL EL KHATABI**  
**Cardiologue**  
**Diplômé de la faculté de médecine de RABAT**

Le : ..... 03 JAN 1900

## *Bilan Biologique*

Nom/Prénom : Sophia Khaderca ..... Age : .....

Hématologie

- NFS
  - Plaquettes
  - VS
  - CRP
  - Hémoculture

Bilan Martial

- Fer Sérique
  - CTF
  - Ferritine
  - Transferrine

Hémostase

- T de Prothrombine
  - TCK
  - Fibrinogène
  - INR

### Glucose

- Glycémie à jeun
  - Hyperglycémie par VO
  - Hémoglobine glyquée

## Ionogramme Urinaire

- Ca<sub>++</sub>
  - Phosphore
  - Na<sub>+</sub>
  - K<sub>+</sub>
  - Cl<sup>-</sup>
  - Urée
  - Crétatine

### Bilan Lipidique

- CHT
  - Cholestérol HDL
  - Cholestérol LDL
  - Triglycérides

## Fonction Hépatique et Enzymologie

- Amylasémie  
 Bilirubine Libre et conjuguée  
 Phosphates acides  
 I SABHI KHADJUA  
Né le 11/01/1966 F  
Dossier 100120 061 09h43  
ETIQUETTE SECRÉTARIAT

- Tropopine
- Electrophorèse des Pro

- Na<sup>+</sup>
  - K<sup>+</sup>
  - Cl<sup>-</sup>
  - Ca<sup>++</sup>
  - Phosphore
  - Mg<sup>++</sup>
  - Bicarbonates (HC03-)
  - Urée
  - Crétamine
  - Acides Ureiques

## Sérologie

et Immunologie

- VDRL-TPHA
  - Hépatite B
    - Antigène HBs
    - Anticorps Anti-HBs
    - Anticorps Anti-HBc
    - Anticorps Anti-HBe
  - Hépatite C
    - Anticorps Anti-HVC
  - B-HCG Plasmatique
  - Facteur Rhumatoïde :
    - ler Rose)
    - rpss anti-nucléaires
    - rpss anti-DNA natif
    - ie du Complément

## des Urines

- Protéinurie des 24h  
ECBU  
Antibiogramme

Autre ;

**Dr Adel EL KHATABI**  
Spécialiste des Maladies  
Du Coeur et des Vaisseaux  
N° 6, Rue Al Qesous Hadjoune  
Tél : 0629 89 06 20 / GSM : 0441 99 77 48

# CENTRE D'ANALYSES MEDICALES ET SCIENTIFIQUES SPÉCIALISÉES

DOCTEUR EL KAMAR

Biologiste Médical

Ancien Interne des Hôpitaux de Lyon et Montpellier France

Diplôme d'Etudes Spécialisées de Biologie Médicale

Diplôme d'Université d'Antibiothérapie

Diplôme d'Université de Qualité en Biologie Médicale

Bactériologie - Biochimie Clinique - Hématologie - Immunologie - Mycologie - Parasitologie - Virologie



# مركز التحاليل الطبية والعلمية المتخصصة

الدكتور القمر

احياني

ملحق سابق بمستشفيات فرنسا (لyon ومونبليه)

دبلوم الدراسات المتخصصة في البيولوجيا الطبية

دبلوم جامعي في المضادات الحيوية

دبلوم جامعي في جودة البيولوجيا الطبية

FACTURE : 12865 2001

Mme SABHI KHADIJA

100120 061

Laayoune, le 10/01/2020

## ANALYSES :

|      |                      |   |     |
|------|----------------------|---|-----|
| 5020 | TAUX DE PROTHROMBINE | B | 040 |
| 0571 | RESERVE ALCALINE     | B | 040 |
| 1601 | BILIRUBINE D/I/T     | B | 070 |
| 0519 | GAMMA G.T.           | B | 050 |
| 0516 | TGP (ALAT)           | B | 050 |
| 0517 | TGO (ASAT)           | B | 050 |
| 0552 | GLYCEMIE A JEUN      | B | 030 |
| 1104 | NUMERATION FORMULE   | B | 080 |

TOTAL B 410

TOTAL DOSSIER : 475,00 Dhs

ARRETEE LA PRÉSENTE FACTURE A LA SOMME DE :

Quatre cent soixante quinze Dh

صفر التسعينات  
Centre d'analyses médicales  
et scientifiques spécialisées  
الدكتور EL KAMAR



**Docteur EL KHATTABI ADIL**  
Prélèvement Effectué au Laboratoire  
Date du prélèvement : 10/01/2020  
Edité le: 10/01/2020  
Résultats complets

Mme SABHI KHADIJA  
Dossier : 100120 061  
DN : 11/01/1966

1 / 3

## HEMATOLOGIE

VALEURS DE REFERENCE

ANTECEDENTS

### HEMOGRAMME (SYSMEX: Fluorescence en Cytométrie de flux)

(Les valeurs de référence sont automatiquement éditées en fonction de l'âge et du sexe)

#### NUMERATION GLOBULAIRE

|                            |       |       |                  |                 |
|----------------------------|-------|-------|------------------|-----------------|
| Hématies.....              | 3,94  | M/mm3 | (4 à 5,40)       | 15/08/19 : 4.31 |
| Hémoglobine.....           | 12,0  | g/dl  | (12,0 à 15,50)   | 15/08/19 : 13.0 |
| Hématocrite.....           | 38,1  | %     | (35 à 50)        | 15/08/19 : 38.5 |
| V.G.M.....                 | 97    | f1    | (80 à 97)        | 15/08/19 : 89   |
| T.G.M.H.....               | 30,5  | pg    | (27 à 32)        | 15/08/19 : 30.2 |
| C.C.M.H.....               | 31,5  | %     | (32 à 35)        | 15/08/19 : 33.8 |
| COEFFICIENT D'ANISOCYTOSE: | 12,7  | %     | (11,5 à 15)      | 15/08/19 : 13.2 |
| Leucocytes.....            | 5 510 | /mm3  | (4 000 à 10 000) | 15/08/19 : 4810 |

#### FORMULE LEUCOCYTAIRE

|                               |       |      |                 |                 |
|-------------------------------|-------|------|-----------------|-----------------|
| Polynucléaires Neutrophiles : | 56,8  | %    |                 |                 |
| Soit                          | 3 130 | /mm3 | (2 000 à 7 000) | 15/08/19 : 2477 |
| Polynucléaires Eosinophiles : | 1,6   | %    |                 |                 |
| Soit                          | 88    | /mm3 | (40 à 750)      | 15/08/19 : 91   |
| Polynucléaires Basophiles.. : | 0,4   | %    |                 |                 |
| Soit                          | 22    | /mm3 | (< 200)         | 15/08/19 : 29   |
| Lymphocytes .....             | 29,4  | %    |                 |                 |
| Soit                          | 1 620 | /mm3 | (1000 à 4000)   | 15/08/19 : 1722 |
| Monocytes.....                | 11,8  | %    |                 |                 |
| Soit                          | 650   | /mm3 | (200 à 900)     | 15/08/19 : 491  |

NUMERATION DES PLAQUETTES....: 200 000/mm3 (150 000 à 400 000) 15/08/19 : 195000



# CENTRE D'ANALYSES MEDICALES ET SCIENTIFIQUES SPÉCIALISÉES

DOCTEUR EL KAMAR  
Biogiste Médical

Ancien Interne des Hôpitaux de Lyon et Montpellier France  
Diplôme d'Etudes Spécialisées de Biologie Médicale  
Diplôme d'Université d'Antibiothérapie  
Diplôme d'Université de Qualité en Biologie Médicale

Bactériologie - Biochimie Clinique - Hématologie - Immunologie - Mycologie - Parasitologie - Virologie



# مركز التحاليل الطبية والعلمية المتخصصة

الدكتور القمر  
احياني

ملحق سابق بمستشفيات فرنسا (لyon و مونبلييه)  
دبلوم الدراسات المتخصصة في البيولوجيا الطبية  
دبلوم جامعي في المضادات الحيوية  
دبلوم جامعي في جودة البيولوجيا الطبية

Docteur EL KHATTABI ADIL

Prélèvement Effectué au Laboratoire

Date du prélèvement : 10/01/2020

Edité le: 10/01/2020

Résultats complets

Mme SABHI KHADIJA

Dossier : 100120 061

DN : 11/01/1966

2 / 3

## BIOCHIMIE (HITACHI 912)

|                                  |                              | VALEURS DE REFERENCE               | ANTECEDENTS     |
|----------------------------------|------------------------------|------------------------------------|-----------------|
| GLYCEMIE A JEUN .....            | 0,85 g/l<br>Soit 4,72 mmol/l | ( 0.70 à 1.10 )<br>( 3.89 à 5.83 ) |                 |
| TRANSAMINASES T.G.O (ASAT) ..... | 158 UI/l                     | ( <31 )                            | 15/08/19 : 131  |
| TRANSAMINASES T.G.P (ALAT) ..... | 110 UI/l                     | ( <34 )                            | 15/08/19 : 108  |
| GAMMA G.T .....                  | 47 UI/l                      | ( < 38 )                           | 15/08/19 : 45   |
| BILIRUBINE TOTALE.....           | 6,70 mg/l                    | ( 2 - 12 )                         | 15/08/19 : 6.40 |
| BILIRUBINE DIRECTE.....          | 2,10 mg/l                    | ( <3 )                             | 15/08/19 : 2.30 |
| BILIRUBINE INDIRECTE.....        | 4,60 mg/l                    | ( < 10 )                           | 15/08/19 : 4.10 |
| RESERVE ALCALINE .....           | 31,0 mEq/l                   | ( 22 à 30 )                        |                 |



# CENTRE D'ANALYSES MEDICALES ET SCIENTIFIQUES SPÉCIALISÉES

DOCTEUR EL KAMAR

Biologiste Médical

Ancien Interne des Hôpitaux de Lyon et Montpellier France  
Diplôme d'Etudes Spécialisées de Biologie Médicale  
Diplôme d'Université d'Antibiothérapie  
Diplôme d'Université de Qualité en Biologie Médicale



Bactériologie - Biochimie Clinique - Hématologie - Immunologie - Mycologie - Parasitologie - Virologie

# مركز التحاليل الطبية والعلمية المتخصصة

الدكتور القمر

احمد

ملحق سابق بمستشفيات فرنسا (لyon ومونلييه)  
دبلوم الدراسات المتخصصة في البيولوجيا الطبية  
دبلوم جامعي في المضادات الحيوية  
دبلوم جامعي في جودة البيولوجيا الطبية

Docteur EL KHATTABI ADIL

Prélèvement Effectué au Laboratoire

Date du prélèvement : 10/01/2020

Edité le: 10/01/2020

Résultats complets

Mme SABHI KHADIJA

Dossier : 100120 061

DN : 11/01/1966

3 / 3

## COAGULATION (SYSMEX CA500)

VALEURS DE REFERENCE

ANTECEDENTS

### TAUX DE PROTHROMBINE

|                            |      |   |
|----------------------------|------|---|
| Taux de Prothrombine ..... | 75,0 | % |
| I.N.R .....                | 1,13 |   |
| résultat contrôlé          |      |   |

### INTERPRETATION

|  |                   |
|--|-------------------|
| Patient sans A.V.K.                                | : TP (75 à 100%)  |
|  | : INR (1.0 à 1.1) |
| Patient sous A.V.K:                                |                   |
| Prévention d'une thrombose veineuse                | : INR (1.8 à 3.0) |
| Prévention d'une thrombose veineuse récidivante    | : INR (2.5 à 4.2) |
| Traitements des phlébites ou embolies pulmonaires: | INR (2.5 à 4.2)   |
| Prévention d'une thrombose artérielle              | : INR (3 à 4.5)   |
| Valves cardiaques, mécaniques                      | : INR (3 à 4.5)   |

Un hématocrite > 55 % ou < 20 % peut interférer avec le dosage

