

# 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.

## Biologie 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.

## Éducation :

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

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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 : ..... 319 ..... Société : ..... AT (60637) .....

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ..... REZKI JILALI .....

Date de naissance : ..... 17-06-41 .....

Adresse : ..... 3AUE3 HAY CHEMS .....

Tél. : ..... 0522 36 84 08 ..... Total des frais engagés : ..... 7600 Dhs .....

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... 18/02/2021 .....

Nom et prénom du malade : ..... HADILI ESSADIT .....

Lien de parenté : .....  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : ..... fatigue ..... diabète .....

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 : ..... Casab ..... Le : ..... 18/02/2021 .....

Signature de l'adhérent(e) : ..... .....

## **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
18/02/2023	CS	6		 <b>Dr. Samira DAKI</b> Médecin Spécialiste Néphrologie - Hémodialyse Sekkat Ain Chock

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<b>EVOLCLAS</b> <b>Laboratoire d'Analyses Médicales</b> <b>Dr. AZIZ MOTAOUAKIL</b> <b>187, Bd. Ismaïl Sina - Casablanca</b> <b>0522 95 03 34 - Fax: 0522 94 77 45</b> <b>evolclas.com - RC : 267035</b>	19/04/2013	B: 835, F: 25	743.00 DH

#### 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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553
	T

## **[Création, remont, adjonction]**

## Coefficient des travaux

## MONTANTS DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

## Coefficient des travaux

## MONTANTS DES SOINS

DATE DU  
DEVIS



## BON D'EXAMEN

Nom et prénom : HADIRI ESSADIA Age : \_\_\_\_\_ Sexe : H E F  
 Date : 18/02/2021 N° d'entrée/SUC : \_\_\_\_\_ Service : \_\_\_\_\_

### RENSEIGNEMENT CLINIQUE

**EVOLULAB**  
 Laboratoire d'Analyses Médicales  
 Dr. Aziz MOTAOUAKKIL  
 187, Bd. Ibnou Sina - Casablanca  
 Tél: 0522 85 03 34 - Fax: 0522 94 77 45  
 Email : [evolulab@chaineinternet.ma](mailto:evolulab@chaineinternet.ma) - RG : 267035

**Dr. Samira DAKI**  
 Médecin Spécialiste  
 Néphrologie - Hémodialyse  
 Hôpital Med. Sekkat Ain Chock

### EX. DEMANDE

- |   |   |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> NFS             | <input checked="" type="checkbox"/> Cholestérol           |
| <input type="checkbox"/> UVS                        | <input checked="" type="checkbox"/> Triglycérides         |
| <input type="checkbox"/> Ionogramme sanguin         | <input checked="" type="checkbox"/> HDL-Cholestérol       |
| <input checked="" type="checkbox"/> GOT/GPT         | <input checked="" type="checkbox"/> LDL-Cholestérol       |
| <input checked="" type="checkbox"/> Urée sanguine   | <input checked="" type="checkbox"/> Acide urique sanguine |
| <input checked="" type="checkbox"/> Gréatinémie     | <input type="checkbox"/> T3                               |
| <input checked="" type="checkbox"/> Glycémie à jeun | <input type="checkbox"/> T4                               |
| <input type="checkbox"/> Glycémie post prandiale    | <input checked="" type="checkbox"/> TSH                   |
| <input checked="" type="checkbox"/> HbA1c           | <input type="checkbox"/> HbA1c                            |
| <input type="checkbox"/> Albuminurie                | <input type="checkbox"/> Autres : _____                   |
| <input type="checkbox"/> Microalbuminurie           | _____   |

## FACTURE N° : 2102192006

Casablanca le 19-02-2021

**Mme Saadia HADIRI EP REZKI**

Date de l'examen : 19-02-2021

Analyses :

### Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
	- ALAT (transaminase TGP)	B50	B
	- ASAT (transaminase TGO)	B50	B
	- Acide Urique	B30	B
	Cholestérol	B30	B
	- Créatinine	B30	B
	Glycémie à jeun	B30	B
	HbA1c	B100	B
	Cholestérol HDL	B80	B
	Triglycérides	B60	B
	TSH Ultrasensible	B250	B
	- Urée	B30	B
	- NFS	B80	B
	Prise de sang	B15	B

Total des B : 835

**TOTAL DOSSIER : 743.00 DH**

Arrêtée la présente facture à la somme de : sept cent quarante-trois dirhams

IF : 14377655 INPE : 09361062

**EVOLULAB**  
 Laboratoire d'Analyses Médicales  
 Dr. Aziz MOTAOUAKKIL  
 187, Bd Ibnou Sina - Casablanca  
 Tél: 0522 95 03 34 - Fax: 0522 94 77 45  
 Email : evolulab@hotmai... NG : 267035

2102192006 – Mme Saadia HADIRI EP REZKI

23-06-2020

**– Créatinine \*\***  
(Test colorimétrique enzymatique )

5.9	mg/L	(5.0-12.0)	5.3
52.2	μmol/L	(44.3-106.2)	

23-06-2020

**– Glycémie à jeun \*\***  
(Beckman AU480)

1.23	G/L	(0.70-1.15)	1.44
6.83	mmol/L	(3.89-6.38)	

23-06-2020

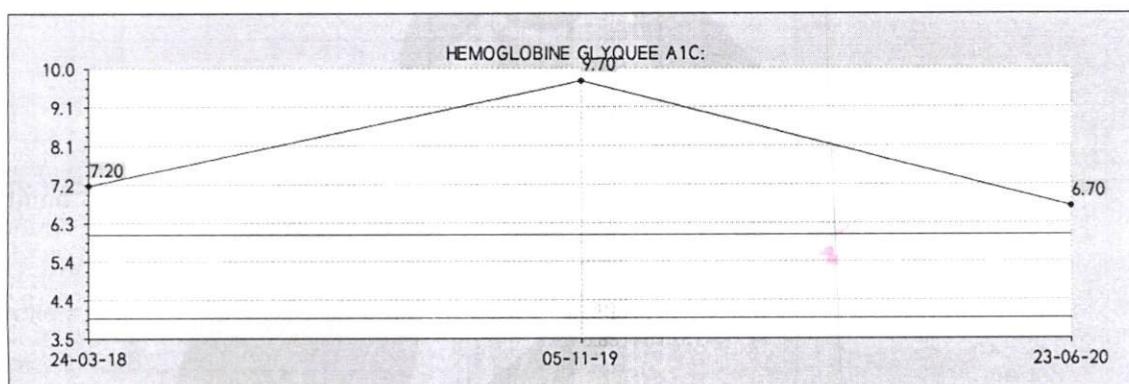
**HEMOGLOBINE GLYQUEE A1C:**  
(Méthode de Référence: HPLC sur GX 723) \*\*

5.9	%	(4.0-6.0)	6.7
-----	---	-----------	-----

*Patient non diabétique : 4-6 %*

*Objectif de thérapie : < 7 %*

*Modification de thérapie: > 8 %*



23-06-2020

**– Cholestérol total**  
(Méthode: CHOD-PAP )

1.41	g/l	(<2.20)	1.86
3.65	mmol/L	(<5.69)	

23-06-2020

**– HDL-Cholestérol \*\***  
(Méthode: Immuno inhibition )

0.55	g/L	(>0.35)	0.50
1.42	mmol/L	(>0.91)	

23-06-2020

**– LDL-Cholestérol \*\***

0.78	g/L	(<1.50)	1.18
2.02	mmol/L	(<3.88)	

Concentrations "Cibles" de LDL-Cholestérol à atteindre en fonction du nombre de facteurs de risque cardiovasculaire :

Patient à haut risque cardiovasculaire*	3 facteurs de risque	2 facteurs de risque	1 seul facteur de risque	Aucun facteur de risque
< 1,0 g/l	< 1,3 g/l	< 1,6 g/l	< 1,9 g/l	< 2,2 g/l

\* ATCD de maladie cardiovasculaire, diabète de type 2 à haut risque, risque élevé de survenue d'un événement coronarien dans les 10 ans.

**Date du prélèvement :** 19-02-2021 à 08:27

**Code patient :** 1507212021

**Né(e) le :** 01-01-1976 (45 ans)



**Mme Saadia HADIRI EP REZKI**

Dossier N° : 2102192006

Prescripteur : Dr Samira DAKI

(\*\*) : .

**Prise de sang:** \*\*

### HEMATOLOGIE

#### NUMERATION GLOBULAIRE(Sysmex XT-1800i)

05-11-2019

Leucocytes **	8.86	G/L	(3.90-10.20)	9.26
Hématies **	4.34	T/L	(3.90-5.40)	4.65
Hémoglobine **	12.7	g/dL	(12.0-15.6)	13.3
Hématocrite **	37.5	%	(35.5-45.5)	39.1
V.G.M **	86.4	fL	(80.0-99.0)	84.1
T.C.M.H **	29.3	pg	(27.0-33.5)	28.6
C.C.M.H **	33.9	g/dL	(30.0-36.0)	34.0

#### FORMULE LEUCOCYTAIRE(Sysmex XT-1800i)

Poly. Neutrophiles **	56.2	%	50.8
Soit **	4.98	G/L	(1.50-7.70)
Poly. Eosinophiles **	2.1	%	1.7
Soit **	0.19	G/L	(0.02-1.10)
Poly. Basophiles **	0.5	%	0.4
Soit **	0.04	G/L	(<0.35)
Lymphocytes **	34.2	%	40.6
Soit **	3.03	G/L	(>1.00)
Monocytes **	7.0	%	6.5
Soit **	0.62	G/L	(0.10-2.70)
<b>PLAQUETTES(Sysmex XT-1800i) **</b>	<b>257</b>	<b>G/L</b>	<b>(150-450)</b>

**Commentaire :** \*\*

Numération formule sanguine normale

### BIOCHIMIE SANGUINE GÉNÉRALE ET SPÉCIALISÉE

**Aspect du sérum à 4°:** \*\*

Limpide

23-06-2020

**– Acide Urique**  
(Dosage enzymatique) \*\*

51 mg/L

(26-60)

44

**– Urée**  
(Urease sur AU480)

0.32 g/l  
5.33 mmol/L

(0.15-0.55)

23-06-2020

0.33

**– Triglycérides**  
 (Méthode: GPO-PAP )

Acceptable : < 2.0 g/l  
 Limite haute : 2.0-4.0 g/l  
 Elevée : > 4.0 g/l

23-06-2020

0.38	g/l	(<2.00)	0.89
0.43	mmol/L	(<2.26)	

**– Transaminases GOT (ASAT)**  
 (Méthode : IFCC ) \*\*

23-11-2018

13	UI/L	(0-35)	14
----	------	--------	----

**– Transaminases GPT (ALAT)**  
 (Méthode:IFCC ) \*\*

23-11-2018

8	UI/L	(0-45)	11
---	------	--------	----

**BILAN ENDOCRINIEN**

**– TSH**  
 (Technique ELFA Vidas) \*\*

23-06-2020

1.13	mUI/L	(0.25-5.00)	2.00
------	-------	-------------	------

Dossier imprimé

(\*\*) : .

**EVOLULAB**  
*Valide par le biologiste*  
**Laboratoire d'Analyses Médicales**  
**Dr. Aziz MOTAOUAKKIL**  
 187, Bd Ibnou Sina - Casablanca  
 Tél: 0522 94 03 11 - Fax: 0522 94 77 45  
 E-mail: evolulab@hotmail.com - RC : 267035