

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Diagnostic 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

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



## Déclaration de Maladie

N° P19- 050161

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03434

Société : BAN.

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : EL ATIAH Rachid.

Date de naissance : 01/01/1952

Adresse : T3 Bab, CHARSIYA AIN TAZHOUT

Benslamane

Tél. : 0661311110 Total des frais engagés : 1796,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

FILALI KAWTAR  
Médecin Spécialiste  
En Hématologie Clinique  
21 Rue Ziyayda, Aviation, Rabat  
INPE: 101245587

Date de consultation : 17/03/2021

Nom et prénom du malade : Yettefti Karima

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Thrombose

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 : Rabat


Le : 17/03/2021

Signature de l'adhérent(e) :

Signature : [Signature]




# 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                     |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 17/03/21        | CS                |                       | 300017                          |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

# 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 |
|--|-----------|------------------------------|------------------------|
|  | 2-03-2021 | 1100                         | 1449,00 DH             |

# AUXILIAIRES MEDICAUX

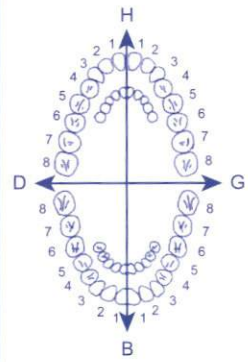
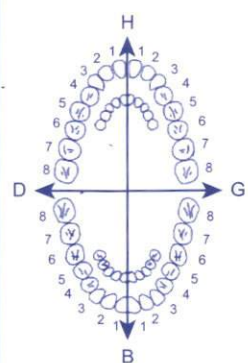
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

# 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 canalaires, ainsi que le bilan de

| SOINS DENTAIRES   | Dents Traitées   | Nature des 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 PROTHESES DENTAIRES   | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </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   |  |                  |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  | [Création, remont, adjonction]<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

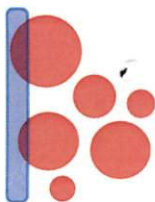
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Kawtar Zine Filali

Médecin Spécialiste  
en Hématologie Clinique

الدكتورة كوثر زين فيلاي

طبيبة متخصصة في  
أمراض الدم



Rabat, le 17/03/2021. الرباط في

Mme Yettegh Karima

- 1) NFS + Taux de Plaquettes sur Tube Citraté
- 2) ASAT : ALAT, GGT, PAL  
BT, BD
- 3) TSH, T3, T4



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

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



مختبر بروفييسور العلوي

LABORATOIRE  
PROFESSEUR ALAOU

**FACTURE N° : 210300114**

Rabat le 22-03-2021

**Mme YETTEFTI Karima**

| <b>Récapitulatif des analyses</b> |  |            |              |
|-----------------------------------|--|------------|--------------|
| <i>CN</i>                         | <i>Analyse</i>                           | <i>Val</i> | <i>Clefs</i> |
| 9105                              | Prélèvement sanguin                      | E25        | E            |
| 0103                              | Bilirubine (Totale Directe et Indirecte) | B70        | B            |
| 0141                              | Gamma glutamyl transférase ( GGT)        | B50        | B            |
| 0143                              | Phosphatases alcalines                   | B50        | B            |
| 0146                              | Transaminases O (TGO)                    | B50        | B            |
| 0147                              | Transaminases P (TGP)                    | B50        | B            |
| 0161                              | T4 libre                                 | B200       | B            |
| 0163                              | TSH                                      | B250       | B            |
| 0165                              | T3L                                      | B300       | B            |
| 0216                              | Numération formule                       | B80        | B            |

Total des B : 1100

TOTAL DOSSIER : 1499.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : mille quatre cent quatre-vingt-dix-neuf dirhams .

CODE INPE  
103062875





**HEMOSTASE / COAGULATION****Taux de Plaquettes (K=1000)**115 K/ $\mu$ L (150-450)

Commentaire: Thrombocytopénie

**Volume Plaquettaire Moyen (VPM)**

11.1 fL (7.4-10.9)

**MARQUEURS DE L'APPAREIL DIGESTIF****FONCTION HEPATIQUE****Transaminases GOT (ASAT)**

19 UI/L (8-43)

**Transaminases TGP (ALAT)**

15 UI/L (7-45)

**GGT (Gamma-Glutamyl Transférase)**

22 UI/L (5-36)

**Phosphatases Alcalines (PAL)**

74 UI/L (46-118)

**Bilirubine Totale**

3.04 mg/L (&lt;12.00)

**Bilirubine Conjuguée (directe)**

1.79 mg/L (0.00-3.00)

(valeurs de références non établies pour un âge &lt; 12 mois)

**Bilirubine Libre (indirecte)**

1.25 mg/L

**MARQUEURS DE REPRODUCTION, HORMONES ET CROISSANCE****THYROÏDE-PARATHYROÏDE****Thyréostimuline Hormone ultra sensible  
(TSH-US)**

0.14 mUI/L (0.30-4.20)

Taux de TSH limite. Dosage des FT4 à considérer.

**Triiodothyronine Libre (T3L)**

2.63 pg/mL (2.80-4.40)

(unités et valeurs de références mises à jour en mai 2020)

**Thyroxine Libre (T4 libre)**

1.90 ng/dL (0.90-1.70)

**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

Marqueurs de l'appareil digestif

1-EASL guidelines 2015-2018

2-ACG Practice and Guidelines 2018

3-ASGE Guidelines 2018

4-AGA Practice and Guidelines 2018

Compte-rendu  
annule et remplace  
le rapport du  
22-03-2021

• Mme Karima YETTEFTI

Patient(e) né (e) le : 10-08-1962

Sexe : F

Prélevé(e) le : 22-03-2021 09:15

Dossier N° : 2103220004

Dr Kawtar ZINE FILALI

## MARQUEURS HEMATOLOGIQUES

## HEMOGRAMME AU REPOS

|                                |      |            |             |
|--------------------------------|------|------------|-------------|
| Globules rouges (M= 1 Million) | 4.70 | M/ $\mu$ L | (3.90-5.03) |
| Hémoglobine                    | 13.7 | g/dL       | (11.6-16.5) |
| Hématocrite                    | 41.7 | %          | (34.9-44.5) |
| VGM                            | 89   | fL         | (80-100)    |
| TCMH                           | 29   | pg         | (26-33)     |
| CCMH                           | 33   | g/dL       | (31-35)     |

## Formule leucocytaire

|                        |       |                             |                |
|------------------------|-------|-----------------------------|----------------|
| Globules Blancs        | 6 400 | /mm <sup>3</sup>            | (3 900-10 500) |
| Neutrophiles           | 63 %  | soit 4 032 /mm <sup>3</sup> | (1 700-7 000)  |
| Eosinophiles           | 2 %   | soit 128 /mm <sup>3</sup>   | (50-500)       |
| Basophiles             | 1 %   | soit 64 /mm <sup>3</sup>    | (0-300)        |
| Monocytes              | 6 %   | soit 384 /mm <sup>3</sup>   | (300-900)      |
| Lymphocytes            | 28 %  | soit 1 792 /mm <sup>3</sup> | (1 300-3 500)  |
| Lymphocytes activés    |       | 0 %                         |                |
| Lymphocytes atypiques  |       | 0 %                         |                |
| Blastes                |       | 0 %                         |                |
| Granulocytes Immatures |       | 0 %                         |                |

## FRÔTTIS SANGUIN

Aspect des globules rouges

Aspect des globules blancs

Aspect des plaquettes

Taux contrôlé sur citrate.

Autres observations

Absence d'anomalies

Aucune particularité notable

Taux légèrement diminué, anisocytose plaquettaire avec des macroplaquettes.

Aucune particularité notable

## COMMENTAIRE SUR L'HEMOGRAMME

## THROMBOCYTOPENIE A SUIVRE.



Marqueurs de Reproduction, Hormones et Croissance:

- 1-WHO Criteria and Guidelines 2010
- 2-ESHRE Guidelines 2018
- 3-NICE Guidelines 2014

Références générales:

- 1-WHO Guidelines and Classifications 2016
- 2-Mayo Clinic Procedures and Documents 2020
- 3- ASM Procedures 2017
- 4- CLSI Standards 2018
- 5- EUCAST CASFM 2020

61

Pr. Ahmed E. Alaoui  
Médecin Biologiste  
INPE 103062675

Dossier édité le : 22-03-2021 à 14:21