

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR GIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

tique :

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.

ntaire :

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-après soins 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 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

Nº P19- 050161

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03434

Société : RAN.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EL ATIAI Rachid.

Date de naissance :

01/01/1952

Adresse :

Brabes, Chaklyya Amizgane

Tél. :

0661711110

Total des frais engagés : 1796 Dhs

Cadre réservé au Médecin FILALI KAWTAR

Médecin Spécialiste
En Hématologie Clinique
21 Rue Ziyanda, Aviation, Rabat
INPB: 101245587

Cachet du médecin :

Date de consultation : 17/03/2021

Nom et prénom du malade : Yeltelhi Karima

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Thrombopénie

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) :

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
17/03/21	CS		3000 DT	DR. ZINE FILALI KAWTAR Médecin Specialist En Hématologie Clinique 21 Rue Zayda, Aviation, Rabat INPE: 101245587

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Laboratoire Professionnel Nabil INPE: 1012455875 03062675	2021-03-12	CODE INPE	1100 1444.00 DT

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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

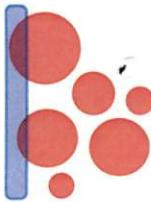
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	B	MONTANTS DES SOINS
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
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 فيلالي

طبيبة متخصصة في
أمراض الدم



Rabat, le 17/03/2021 الرباط في

سمة yettegh kanima

1) NFS + Taux de Plaquettes sur
Tube citraté

2) ASNT : ALAT, γGT, PAL

BT, BD

3) TSH, T₃, T₄



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

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



FACTURE N° : 210300114

Rabat le 22-03-2021

Mme YETTEFTI Karima

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Prélèvement sanguin	E25	E
0103	Bilirubine (Totale Directe et Indirecte)	B70	B
0141	Gamma glutamyl transférase (GGT)	B50	B
0143	Phosphatasées 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 .





HEMOSTASE / COAGULATION

Taux de Plaquettes (K=1000)

Commentaire: Thrombocytopénie

Volume Plaquettaire Moyen (VPM)

115 K/ μ L

(150–450)

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)

CGT (Gamma-Glutamyl Transférase)

22 UI/L

(5–36)

Phosphatases Alcalines (PAL)

74 UI/L

(46–118)

Bilirubine Totale

3.04 mg/L

(<12.00)

Bilirubine Conjuguée (directe)

1.79 mg/L

(0.00–3.00)

Bilirubine Libre (indirecte)

1.25 mg/L

MARQUEURS DE REPRODUCTION, HORMONES ET CROISSANCE

THYROIDE-PARATHYROIDE

Thyréostimuline Hormone ultra sensible (TSH-US)

Taux de TSH limite. Dosage des FT4 à considérer.

0.14 mUI/L

(0.30–4.20)

Triiodothyronine Libre (T3L)

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

2.63 pg/mL

(2.80–4.40)

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
Prélevé(e) le : 22-03-2021 09:15
Dossier N° : 2103220004

Sexe : F

Dr Kawtar ZINE FILALI

MARQUEURS HEMATOLOGIQUES

HEMOGRAMME AU REPOS

Globules rouges (M= 1 Million)	4.70	M/ μ 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 ³	(3 900–10 500)
Neutrophiles	63	% soit	4 032 /mm ³ (1 700–7 000)
Eosinophiles	2	% soit	128 /mm ³ (50–500)
Basophiles	1	% soit	64 /mm ³ (0–300)
Monocytes	6	% soit	384 /mm ³ (300–900)
Lymphocytes	28	% soit	1 792 /mm ³ (1 300–3 500)
<i>Lymphocytes activés</i>			0 %
<i>Lymphocytes atypiques</i>			0 %
Blastes			0 %
Granulocytes Immatures			0 %

FRÖTTIS SANGUIN

Aspect des globules rouges	Absence d'anomalies
Aspect des globules blancs	Aucune particularité notable
Aspect des plaquettes	Taux légèrement diminué, anisocytose plaquettaire avec des macroplaquettes.
Taux contrôlé sur citrate.	
Autres observations	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

Pr. Ahmed E. Alaoui
Médecin Biologiste
INPE 103062675

Dossier édité le : 22-03-2021 à 14:21