

## 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-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

- |                                    |                     |
|------------------------------------|---------------------|
| 0 Réclamation                      | contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | pec@mupras.com      |
| 0 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.

MUPRAS - Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc - Avenue Hassan II - Casablanca - Maroc - Tél. : 05 22 22 22 22 - Fax : 05 22 22 22 23 - E-mail : info@mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W21-620680

69794

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e) Matricole : 2085 Société : RAM HANDLING

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : LOTFI fadouia

Date de naissance : 02-05-1964

Adresse : 112 ARSET TARGHA Dakhla

Tél. : 0661213301 Total des frais engagés : 2110,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

133 - AZIZ CHAFIK

Professeur Agrégé en Chirurgie Thoracique

Av. Prince My. Abdellah, Résidence Béb Bourkala

Bloc B1, 3ème Etage - Apt. 9 - MARRAKECH

Tél/Fax : 05 24 43 45 67 - GSM : 06 18

INP : 071171367

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :



Le : / /

Signature : 

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRIES

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Maestro attestant le Paiement des Actes
06/14/86	63		61	Dr. AZIZ CHAFIK INAM Professeur Agrégé BLOC 1, 2ème étage TARIF : 05/04/86 Signature : 27/11/1367
02/04/91	controle		Gratuit	Dr. AZIZ CHAFIK INAM Professeur Agrégé BLOC 1, 2ème étage TARIF : 05/04/86 Signature : 27/11/1367

## EXECUTION DES ORDONNANCES

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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 l'ODE.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				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

	H
25533412	21432552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**CLINIQUE SPÉCIALISÉE MENARA**

Oncologie Médicale - Hematologie - Radiothérapie  
Curiethérapie - Dépistage des Cancers - Traitement de la Douleur  
Centre de Médecine Nucléaire Pet et Scanner - Gamma Caméra  
Irathérapie - Centre de Radiologie Diagnostique et Interventionnelle

المصحة المختصة المنارة  
الأنكلووجيا الطبية - وحدة فحص أمراض الدم  
وحدة علاج الألم - العلاج بالأشعة - علاج بالأشعة الداخلية  
مركز طب التقويم التصوير المقطعي بالإصدار البيزوتوني  
مركز الأشعة

NOM :

Marrakech, le

02/04/2021

Lotfi Fouzia



• Numération formule + Plaquettes

• Urée - Crétatine

• Bilan hépatique complet:

Bilirubine totale, ASA T, ALAT, GGT, Phosphatases alcalines

• Ionogramme : Na+  K+  Cl-  Mg+  Ca++  Phosphore

Glycémie à jeûn  GPP  Protéines Ci Albumine  Vitamine D

EPP  Triglycerides  Cholesterol total  HDL  LDL

Fer sérique  Férritine  Réserve alcaline  VS  CRP  LDH

• Bilan d'hémostase: TP  PDF  TCK  Fibrinogéne  INR

Marqueurs tumoraux: ACE  CA 19-9  CA 15-3  CA 125  PSA

AFP  β-HCG  Thyroglobuline  Calcitonine  NSE  B2 microglobuline

• Sérologie de l'hépatite B  Sérologie de l'hépatite C  Sérologie HIV

Laboratoire Biocentre

050421-049



LOTFI Fouzia

tre : *Chenprfz*  
ur le : *17/04/2021*  
A T8Hus, DR. Naiti BOURAS  
Professeur en Oncologie  
et Radiothérapie  
Chirurgie et Radiologie  
42 13 13  
10 10 10  
ital (à côté de la délégation du Ministère de la Santé) - Guéliz Marrakech  
fax : 05 24 44 71 74 - le : 05 24 44 70 21 - le : 05 24 44 71 74 - Fax : 05 24 44 70 21 - CNSS : 9421413

**Marrakech, le 05/04/2021**

**Note d'honoraires**

**Code patient** 21-03371    **Dossier du :** 05/04/2021

**Organisme :** Ordinaire

**Dr :** PEC/CLINIQUE MENARA

**Patient :** Mme LOTFI Fouzia

Analyses	Valeur en B	Montant
HEMOGRAMME : NFS + PLQ	80	107,20
GROUPAGE SANGUIN ET RHESUS	60	80,40
TAUX DE PROTHROMBINE	40	53,60
TEMPS DE CEPHALINE KAOLIN	40	53,60
GLYCEMIE A JEUN	30	40,20
UREE	30	40,20
CREATININE (Méthode enzymatique)	30	40,20
TRIGLYCERIDES	50	67,00
CHOLESTEROL TOTAL	30	40,20
Bilirubine Totale	30	40,20
Bilirubine Directe (Conjuguée)	30	40,20
Bilirubine Indirecte (Libre)	10	13,40
SGOT/ASAT aspartate aminotransférase	50	67,00
SGPT/ALAT alanine-aminotransférase :	50	67,00
PHOSPHATASES ALCALINES	50	67,00
GGT (Gamma glutamyl transférase)	50	67,00
TSH-us : Thyréostimuline-Hormone	250	335,00
ACE : Antigène Carcino-Embryonnaire	250	335,00
Antigène CA15-3	400	536,00
<b>Total B</b>	<b>1560</b>	<b>2 090,40</b>
<b>APB</b>	<b>1,0</b>	<b>20,00</b>
<b>Supplément garde</b>		<b>0,00</b>
<b>Total à Régler</b>		<b>2 110,40</b>

*Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX MILLE CENT DIX Dirhams et 40 Centimes \*\*\**

GSM 06 62 19 80 55  
 Tel: 0524 45 80 81 - Fax: 0524 45 70 79  
 N°33 RUE IBN AÏCHA - CLINIQUE MENARA  
 50 RUE IBN AÏCHA - CLINIQUE MENARA  
 LABORATOIRE BIOCENTER D'ANALYSES DE BIOLOGIE MEDICALE

Prise LOTFI Fouzia

Code : 21-03371

Date : 05/04/2021 à 10:04:00

Valeurs Usuelles

Page : 2 3

Antériorité

## ANALYSES D'HEMOSTASE-COAGULATION

### TAUX DE PROTHROMBINE

(Technique : Chronométrique sur satellite /Stago )

Temps de Quick (TQ) Témoin	13,40	sec.
----------------------------	-------	------

Temps de Quick (TQ) Malade	15,70	sec.
----------------------------	-------	------

TAUX DE PROTHROMBINE (TP)	78,00	%	( 70 - 100 )
---------------------------	-------	---	--------------

INR	1,19
-----	------

Interprétation :

INR = 1 à 1,2 : Normal (Sujet sans traitement par AVK)

INR = 2 à 3 : dans la plupart des indications au traitement sous AVK.

INR = 3 à 4,5 : en cas d'embolies systémiques récidivantes.

prothèses valvulaires mécaniques, après IDM compliqué.

INR &gt; 5 : risque hémorragique important.

### TEMPS DE CEPHALINE KAOLIN

(Technique : Chronométrique sur Start4/Stago )

Témoin	30,00	sec.	( +/- 10 sec.)
--------	-------	------	----------------

Patient	27,80	sec.
---------	-------	------

Rapport TCK M/TCK Témoin	0,93
--------------------------	------

TCA normal

Adulte :  $\{ \text{temps du malade/temps du témoin} \} > 1,2$ Enfant :  $\{ \text{temps du malade/temps du témoin} \} > 1,3$ 

## ANALYSES DE BIOCHIMIE (SANG)

### GLYCEMIE A JEUN

0,98	g/l	( 0,7 - 1,1 )
5,44	mmol/l	( 3,88 - 6,11 )

### URÉE

0,23	g/l	( 0,15 - 0,45 )
3,83	mmol/l	( 2,5 - 7,5 )

### CREATININE (Méthode enzymatique)

8,70	mg/l	( 5,1 - 9,5 )
77,00	μmol/l	( 45,14 - 84,08 )

### TRIGLYCERIDES

0,95	g/l	( Inférieur à 1,5 )
1,08	mmol/l	( Inférieur à 1,71 )

### CHOLESTEROL TOTAL

2,08	g/l	( Inférieur à 2 )
5,39	mmol/l	( Inférieur à 5,18 )

### Bilirubine Totale

5,70	mg/l	( Inférieur à 12 )
9,75	μmol/l	( Inférieur à 20 )

### Bilirubine Directe ( Conjuguée )

1,30	mg/l	( Inférieur à 3 )
2,22	μmol/l	( Inférieur à 5,13 )

### Bilirubine Indirecte ( Libre )

4,40	mg/l	( Inférieur à 7 )
7,52	μmol/l	( Inférieur à 12 )

### γGOT/ASAT aspartate aminotransférase

29,00	UI/l	( Inférieur à 40 )
-------	------	--------------------

### γGPT/ALAT alanine-aminotransférase

32,00	UI/l	( Inférieur à 40 )
-------	------	--------------------

### PHOSPHATASES ALCALINES

71,00	UI/l	( 35 - 105 )
-------	------	--------------

### γGT (Gamma glutamyl transférase)

21	UI/l	( 10 - 38 )
----	------	-------------

cripteur : PEC/CLINIQUE MENARA

Mme LOTFI Fouzia

er enregistré le : 05/04/2021 à 0:04:00

Code : 21-03371

er édité le : 05/04/2021

Date naissance : 01/01/1900



## rapte rendu d'analyses

INPE : 073061004

Prélevé le : 05/04/2021 à 0:04

Lieu du prélèvement : À la clinique - Résultats sous réserve d'une identité vérifiée lors du prélèvement

Page : 1 / 3

Valeurs Usuelles

Antériorité

## ANALYSES D'HEMATOLOGIE

## ÉMOGRAMME : NFS + PLQ

(technique : Automatique sur Horiba ABX)

Globules rouges	4,41	10 <sup>12</sup> /mm <sup>3</sup>	( 4 - 5,3 )
Hémoglobine	13,70	g/dl	( 12,5 - 15,5 )
Hématocrite	40	%	( 37 - 46 )
VGM	91	fL	( 80 - 95 )
TGMH	31	pg	( 27 - 33 )
CCMH	34	g/dl	( 32 - 36 )
Globules blancs	4 400	/mm <sup>3</sup>	( 4000 - 10000 )
<b>Formule sanguine</b>			
Neutrophiles	53,5 %	2354,00 /mm <sup>3</sup>	( 2000 - 7500 )
Eosinophiles	2,9 %	127,60 /mm <sup>3</sup>	( Inférieur à 400 )
Basophiles	0,3 %	13,20 /mm <sup>3</sup>	( Inférieur à 150 )
Lymphocytes	34,9 %	1535,60 /mm <sup>3</sup>	( 1500 - 4000 )
Monocytes	8,4 %	369,60 /mm <sup>3</sup>	( 40 - 800 )
Plaquettes	260 000	/mm <sup>3</sup>	( 150000 - 400000 )

## GROUPE SANGUIN ET RHESUS

(mèches conventionnelles vs Carte Gel (Bio-Rad))

Lieu du Prélèvement

À la Clinique

Identité

Vérifiée sur le tube au laboratoire

Veuillez s'assurer de l'identité du patient à la réception du résultat.

GROUPE SANGUIN

O

RHESUS

POSITIF

Ume LOTFI Fouzia

Code : 21-03371

Date : 05/04/2021 10:04:00

Page 3

## Valeurs Usuelles

### Antériorité

## ANALYSES HORMONALES

### TSH-us : ThyréoStimuline-Hormone

0,256 mU/L

( 0,34 - 5,6 )

(Technique : EIA sur Beckman access 2)

### Résultat contrôlé.

*A confronter aux données cliniques et éventuellement thérapeutiques.*

## MARQUEURS TUMORAUX

#### ACE : Antigène Carcino-Embryonnaire

7.80 ng/ml

(Technique : EIA sur ALA 360/TOSOH JAPAN)

Intervalle de référence :

Inférieur ou égal à 5,8 ng/ml

#### *A titre indicatif :*

Subject Fumeur..... Inférieur à 10 ng/ml

### Antigène CA15-3

## Antigène CAT5-3

1280 11/19/11

(-1)  $\times$  (Number of 20's)

Nous vous remercions de votre confiance. We thank you for your confidence in us.

## نشک کم علیه ثقیلکم فی مختبرنا

DAEL JAHIRI