

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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

- Reclamation : 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 Aïlal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïlal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W21-665992

92592

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 330 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Jabline mina

Date de naissance :

Adresse :

Tél : 0653266690 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

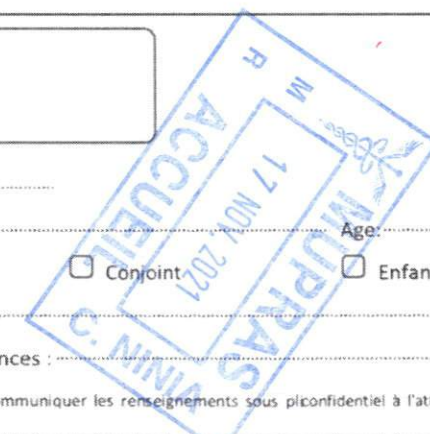
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019





[illegible]

<b>EXECUTION DES ORDONNANCES</b>		
<b>Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur</b>	<b>Date</b>	<b>Montant de la Facture</b>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<p>ACHIFA Fatima-Zohra ALLOUSSI Radiologiste Médecin Radiologiste</p> <p>0522 62 88 55 39 48 48 FAX 290 31 5017435 AT 1985-1992 86050000088 CNE</p>	29/10/21	Brp 720	914.100 DM

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

<b>COURS DENTAIRES</b>		<b>Traitements</b>															
						<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b>  <input type="text"/>  <b>MONTANTS DES SOINS</b>  <input type="text"/>  <b>DEBUT D'EXECUTION</b>  <input type="text"/>  <b>FIN D'EXECUTION</b>  <input type="text"/>											
	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>  <table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding-bottom: 5px;"><b>H</b></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px; text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="padding: 5px; text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><b>D</b></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><b>G</b></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px; text-align: center;">00000000 35533411</td> <td style="padding: 5px; text-align: center;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding-top: 5px;"><b>B</b></td> </tr> </table> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;"> <b>[Création, remont, adjonction]</b>            Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession         </p>						<b>H</b>		25533412 00000000	21433552 00000000	<b>D</b>	<b>G</b>	00000000 35533411	00000000 11433553	<b>B</b>		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b>  <input type="text"/>  <b>MONTANTS DES SOINS</b>  <input type="text"/>  <b>DATE DU DEVIS</b>  <input type="text"/>  <b>DATE DE L'EXECUTION</b>  <input type="text"/>
	<b>H</b>																
	25533412 00000000	21433552 00000000															
	<b>D</b>	<b>G</b>															
	00000000 35533411	00000000 11433553															
	<b>B</b>																
	<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>  																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# BILAN HTA

Nom / Prénom

28/10/2021  
JABLINE  
MUNA

Age :

## Hématologie

- ☒ NFS  
☒ Plaquettes

## Bilan martial

- ☐ Ferritine

## Gluçose

- ☒ Glycémie à jeun  
☒ Hémoglobine glyquée

## Ionogramme sanguin

- ☐ Na<sup>+</sup>  
☒ K<sup>+</sup>  
☒ Urée  
☒ Créatinine  
☐ Acide urique

## Bilan lipidique

- ☒ Cholestérol tot  
☒ Cholestérol HDL  
☒ Cholestérol LDL  
☒ Triglycérides

## Fonction hépatique et enzymologie

- ☒ Transaminases ASAT, ALAT  
☐ Gamma-GT  
☐ CPK (Créatine Phosphokinase)

## Examen des urines

- ☐ Protéinurie des 24h  
☐ Microalbuminurie des 24h

Autres :

TS Hws, DFG

Laboratoire d'Analyses Médicales  
**ACHIFA**  
Dr EL ALLOUSSI Fatima-Zohra  
Médecin Biologiste

ORDO

Ordonnance

Laboratoire des Médicales

**ACHIFA**

Dr EL ALLOUSSI Fatima-Zohra

Médecin Biologiste



# ACHIFA الشفاء

Biochimie - Hématologie - Immunologie - Hormonologie - Auto-immunité  
Biologie de reproduction - Bactériologie - Virologie - Parasitologie - Mycologie

الدكتورة الألوسي فاطمة الزهراء

**Dr EL ALLOUSI Fatima-Zohra**

Médecin Biologiste

Diplômée de la Faculté de Médecine de Casablanca

D.U. Assurance Qualité, Université de Bordeaux

INPE :



**FACTURE N° : 211000553**

CASABLANCA le 29-10-2021

**Mme JABLINE Mina**

Récapitulatif des analyses			
CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Prélèvement sanguin	E20	E
PS	Prélèvement sanguin	E25	E
0106	Cholestérol total	B30	B
0108	Cholestérol H D L	B50	B
0111	Créatinine	B30	B
0118	Glycémie	B30	B
0119	Hémoglobine glycosylée	B100	B
0131	Potassium	B30	B
0134	Triglycérides	B60	B
0135	Urée	B30	B
0146	Transaminases O (TGO)	B50	B
0147	Transaminases P (TGP)	B50	B
0164	TSH us	B250	B
0216	Numération formule	B80	B

Total des B : 790

TOTAL DOSSIER : 914.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : neuf cent quatorze dirham s.

Laboratoire d'Analyses Médicales  
ACHIFA  
Dr EL ALLOUSI Fatima-Zohra  
Médecin Biologiste  
Tél : 0522 69 48 48 - Fax : 0522 65 88 55  
F : 25017435 - PT : 32960317  
ICE : 002086050000088 - CNSS : 5885192

رقم 4 حجرة 51، مدينة الرحمة، (مقابل ليديك الرحمة)، الدار البيضاء

Magasin 4, Lot 51, Madinat Errahma (en face de Lydec Errahma), Casablanca

Tél.: 05 22 69 48 48 - Fax : 05 22 65 88 55 - E-mail : laboratoireachifa@gmail.com

IF : 25017435 - Patente : 32960317 - ICE : 002086050000088 - CNSS : 5885192

INPE :



093061984

الدكتورة الألوسي فاطمة الزهرة

Dr EL ALLOUSSI Fatima-Zohra

Médecin Biologiste

Diplômée de la Faculté de Médecine de Casablanca

D.U. Assurance Qualité, Université de Bordeaux

D.U. de Médecine et biologie de la reproduction et AMP

Date du dossier : 29-10-2021

Date du prélèvement : 29-10-2021

Code patient : 2110290056

Né(e) le : 01-01-1943 (78 ans)

Mme JABLINE Mina

Dossier N° : 2110290056



Prescripteur : Dr YAMOUL NAJOUA

## HEMATOLOGIE

## NUMERATION FORMULE SANGUINE (Automate PENTRA XL 80)

Résultat en fonction du sexe et de l'âge du patient

## GLOBULES ROUGES

Hématies :	3.76	10 <sup>6</sup> /μL	(3.85-5.20)
Hémoglobine :	12.2	g/dL	(11.8-15.8)
Hématocrite :	36.6	%	(35.0-45.5)
VGM :	97.0	fL	(30.0-101.0)
TCMH :	32.5	pg	(27.0-34.0)
CCMH :	33.4	g/dL	(30.0-36.0)

## GLOBULES BLANCS

Leucocytes :	9.70	10 <sup>3</sup> /μL	(3.60-10.50)
Polynucléaires Neutrophiles :	59.5	%	
Soit:	5.77	10 <sup>3</sup> /μL	(1.50-7.70)
Polynucléaires Eosinophiles :	4.2	%	
Soit:	0.41	10 <sup>3</sup> /μL	(0.02-0.50)
Polynucléaires Basophiles :	0.5	%	
Soit:	0.05	10 <sup>3</sup> /μL	(<0.20)
Lymphocytes :	29.1	%	
Soit:	2.82	10 <sup>3</sup> /μL	(1.00-4.00)
Monocytes :	6.7	%	
Soit:	0.65	10 <sup>3</sup> /μL	(0.10-0.90)

## PLAQUETTES :

312 10<sup>3</sup>/μL (160-370)

Laboratoire d'Analyses Médicales  
ACHIFA  
Dr EL ALLOUSSI Fatima-Zohra

\* GLYCOHEMOGLOBIN REPORT \*

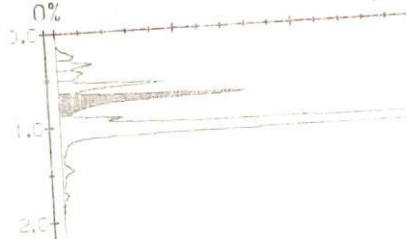
LABORATOIRE ACHIFA  
2021/10/29 13:04  
TOSOH CORPORATION V01.24  
NO: 0012 TB 0003 02  
ID: 112110290056  
2AL(N) - 1.2333X + 0.3612

TP 927

NAME	%	TIME	AREA
P	0.0	0.00	0.00
A1A	0.6	0.26	8.15
A1B	1.0	0.35	13.98
	1.0	0.44	14.20
A1C+	2.8	0.57	39.17
A1C	7.9	0.72	86.04
UO	88.5	1.05	1247.18
TOTAL AREA			1408.72

HbA1c 7.9%  
IFCC 63 mmol/mol

HbA1 9.5% HbF 1.0%  
0% 15%







## BIOCHIMIE SANGUINE

Aspect du sérum:

Clair

Glycémie à jeûn

(Enzymatique au GOD/POD)

1.16 g/L

(0.70-1.10)

6.44 mmol/L

(3.89-6.11)

Hb glyquée (HBA1C)

(HPLC - TOSOH GX)

7.9 %

Reflète la glycémie des 3 mois précédents

Interprétation des résultats selon la standardisation du NGSP :

4 à 6 %	Intervalle non diabétique (sujet normal)
< 6.5 %	Excellent équilibre glycémique (DNID)
< 7%	Excellent équilibre glycémique (DID)
8 à 10 %	Equilibre glycémique médiocre, action corrective suggérée
> 10%	Mauvais équilibre glycémique, action corrective nécessaire

Urée (RC)

(Enzymatique: uréase/Cinétique UV)

0.69 g/L

(0.20-0.50)

11.49 mmol/L

(3.33-8.33)

Créatinine

(Enzymatique)

10.16 mg/L

(4.30-11.00)

89.92 µmol/L

(38.06-97.35)

## Clairance de la Créatinine estimée (formule CKD-EPI)

Clairance de la créatinine estimée (sujet non caucasien)

61 mL/min

Interprétation du DFG en mL/min selon les recommandations HAS de Février 2012 :

- Valeurs normales:  $\geq 90$  mL/min
- Insuffisance rénale légère: 60 à 90 mL/min
- Insuffisance rénale modérée: 30 - 60 mL/min
- Insuffisance rénale sévère: 15 - 30 mL/min
- Insuffisance rénale terminale: < 15 mL/min

INPE :



093061984

**Clairance de la Créatinine estimée (formule MDRD)**

Clairance de la créatinine estimée (sujet non caucasien) 68 mL/min

Interprétation du DFG en mL/min selon les recommandations HAS de Février 2012 :

- Valeurs normales:  $\geq 90$  mL/min
- Insuffisance rénale légère: 60 à 90 mL/min
- Insuffisance rénale modérée: 30 – 60 mL/min
- Insuffisance rénale sévère: 15 – 30 mL/min
- Insuffisance rénale terminale: < 15 mL/min

**Cholestérol total**

(Colorimétrique enzymatique – KONELAB)

1.27 g/L (<2.00)  
3.28 mmol/L (<5.17)**HDL-Cholestérol**

(Enzymatique directe avec cholestérol oxydase)

0.51 g/L (0.37–0.65)  
1.32 mmol/L (0.96–1.68)**LDL-Cholestérol**

(Calculé selon la formule de Friedewald)

0.48 g/L (<1.50)  
1.24 mmol/L (<3.88)

Objectifs thérapeutiques à atteindre selon les recommandations AFFSAPS de mars 2005 :

- 0 Facteur de risque : LDL < 5,70 mmol/L (2,20 g/L)
- 1 Facteur de risque : LDL < 4,90 mmol/L (1,90 g/L)
- 2 Facteurs de risque : LDL < 4,14 mmol/L (1,60 g/L)
- Plus de 2 facteurs de risque : LDL < 3,36 mmol/L (1,30 g/L)
- Antécédent de maladie cardiovasculaire avérée : LDL < 2,58 mmol/L (1,00 g/L)

**Triglycérides**

(Colorimétrique enzymatique: Lipase/POD)

1.41 g/L (<1.50)  
1.61 mmol/L (<1.71)**Transaminases GOT (ASAT)**

(IFCC Cinétique)

12 UI/L (&lt;35)

**Transaminases GPT (ALAT)**

(IFCC cinétique)

14 UI/L (&lt;35)

**Potassium (K)**

(Electrodes spécifiques / ISE – ERBALYTE)

3.52 mEq/L (3.50–5.10)  
3.52 mmol/L (3.50–5.10)

Prélèvement réalisé sans garrot

Laboratoire d'Analyses Médicales  
ACHIFA  
Dr EL ALLOUSSI Fatima-Zohra  
Médecin Biologiste





## HORMONOLOGIE

## TSH us

(Chimiluminescence)

2.83 mUI/L

(0.35-5.10)

- Hyperthyroïdie: TSH < à 0.15 mUI/L
- Hypothyroïdie: TSH > à 7.77 mUI/L

Pour une femme enceinte l'intervalle de référence varie selon les trimestres de grossesse comme suit:

- T1: de 0.05 à 3.7 - T2: de 0.31 à 4.35 - T3: de 0.41 à 5.18

Chez un Nouveau né, la TSH augmente à la 30 minute de vie (80 mUI/L) puis retourne à la normale vers 2 - 5 jours

Valeurs usuelles en fonction de l'âge :

Age	TSH us en mUI/L
0 à 1 mois	0.70 à 18.10
1 à 12 mois	1.12 à 8.21
1 à 5 ans	0.80 à 6.25
6 à 10 ans	0.80 à 5.40
11 à 14 ans	0.70 à 4.61
15 à 18 ans	0.50 à 4.33
> à 19 ans	0.25 à 5.00

La TSH est l'indicateur le plus sensible pour évaluer le dysfonctionnement thyroïdien. Une variation minimale de la T4L provoque une réponse très amplifiée de la TSH. Cependant la TSH répond aux variations de la T4L avec un temps de latence important, au moins 8 semaines pour une réponse complète.

## Commentaires:

NB: Changement de technique à partir du 18/04/2019

(RC) : Résultat contrôlé

Signature  
Laboratoire d'Analyses Médicales  
ACHIFA  
Dr EL ALLOUSSI Fatima-Zohra