

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.

Diagnostique 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.

Prothèse 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

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.

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° M21- 065778

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5515 Société : RAN 111100
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : HILAL ABDSSAMAD
Date de naissance : 14-7-1962
Adresse : 17 Abdellah N13 Rue 262
Ain Chock epss
Tél. : 0661091160 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 10/03/2022
Nom et prénom du malade : ALI EL KHAYAT Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : angine infectieuse
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 : 05/03/22

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

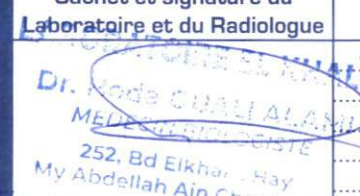
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 08/03/22 | C | | 4020 |  |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
|  Pharmacie Sefrou Jamaïl Sefrou 259, Boulevard Sefrou Ain Chock Hay Modlay Abdellah Tel: 0522 21 81 26 - Casablanca | 08/03/22 | 1141,00 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
|  Dr. Nade CUALALAM MEDECIN RADILOGUE 252, Bd Elkhay Hay My Abdellah Ain Chock - w2 Tel: 0522 21 81 26 - 05 22 21 10 90 | 10/03/22 | B. 370 | 440 DH |

AUXILIAIRES MEDICAUX

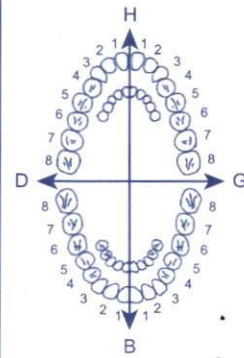
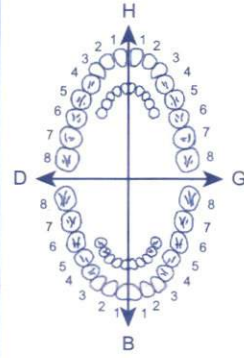
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | |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

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 canalaux, ainsi que le bilan de l

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | |
|---|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
|  | | | | Coefficient DES TRAVAUX |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
|  | | | | FIN D'EXECUTION |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| D | | | | Coefficient DES TRAVAUX |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| G | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| B | | | | DATE DU DEVIS |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| H | | | | DATE DE L'EXECUTION |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Le : 08/03/2022
7

ORDONNANCE

Khatije AL KABIRI

LOT: M0557
PER: 07/2023
PPV: 69,00DH

69,00

1)

Biovanic 000y b



45,00

2)

Arnyel



le plaie

BOTTU SA
PPV : 45 DH 00

1000 x 21, pab 12

BOIRON

T = 114,00

PHARMACIE SEFROU
Jamal ESSAFIR
259, Boulevard Sefrou Ain Chock
Hay Moulay Abdellah
Tél.: 0522 21 81 26 - Casablanca





BON D'EXAMEN

Nom et prénom : Khadija AL KABIL Age : _____ Sexe : H ☐ F ☐
Date : 08/03/2022 N° d'entrée/SUC : _____ Service : urg

RENSEIGNEMENT CLINIQUE

LABORATOIRE EL KHALIL

Mme EL KABILI Khadija

Né(e) le : 02-01-1967 F



2203100034

A coller sur l'ordonnance

ORDO

Fix : 05 22 52 62 52 05 22 21 10 90

LABORATOIRE EL KHALIL
DR. HODA OUALI ALAMI
MEDECIN BIOLOGISTE

242, Bd El Khalil Hay
Ay Abdelghani Ain Chock - WC

EX. DEMANDE

☒ NFS

☐ VS

☐ Ionogramme sanguin

☐ GOT/GPT

☐ Urée sanguine

☐ Créatinémie

☐ Glycémie à jeun

☐ Glycémie post prandiale

☐ HbA1c

☐ Albuminurie

☐ Microalbuminurie

☒ Cholestérol

☒ Triglycérides

☒ HDL-Cholestérol

☒ LDL-Cholestérol

☐ Acide urique sanguine

☐ T3

☐ T4

☐ TSH

☐ HbA1c

☐ Autres : _____

CRF

ROYAUME DU MAROC
MINISTÈRE DE LA SANTÉ
CHP AIN CHOCK

6487

Quittance 00689209/J

Reçu de M

KABILI KHADIJA

La Somme de

9

| NATURE DE LA RECETTE | Ex. | SOMME |
|----------------------|-----|-------|
| | 82 | |
| | | |
| | | |
| | | |
| Total | 49 | |

Cachet du
Service

Le 08/03/22

Signature du
Régisseur





مختبر الخليل للتحليلات الطبية و البيولوجية

LABORATOIRE EL KHALIL D'Analyses Médicales et Biologiques

Biochimie - Bactériologie - Hématologie - Immunologie - Hormonologie - Oncologie - Parasitologie - Mycologie - Virologie - Spermiologie

Dr. Hoda OUALI ALAMI

Médecin Biologiste
Diplômée de la Faculté de Médecine de Rabat

د. هدى الوالي العلمي

INPE :



093061166

FACTURE N° : 2203100034

Casablanca le 10-03-2022

Mme Khadija EL KABILI

Demande N° 2203100034

Analyses :

| Récapitulatif des analyses | | | |
|----------------------------|--------------------|------|-------|
| CN | Analyse | Val | Clefs |
| 0106 | Cholestérol total | B30 | B |
| 0108 | Cholestérol H D L | B50 | B |
| 0109 | Cholestérol L D L | B50 | B |
| 0134 | Triglycérides | B60 | B |
| 0216 | Numération formule | B80 | B |
| 0370 | CRP | B100 | B |

Total des B : 370

Total des E : 0.00

TOTAL DOSSIER : 440.00DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : quatre cent quarante dirhams

LABORATOIRE EL KHALIL
Dr. Hoda OUALI ALAMI
MEDECIN BIOLOGISTE
252, Bd El Khalil, Hay
My Abdellah Ain Chock - wc
Fix : 05 22 52 62 52 - 05 22 21 10 90

252, Bd. EL KHALIL , Hay My Abdellah, Ain Chok, Casablanca- Tél : 0522526252 / FAX:
0522211090

E-Mail : labo.elkhalil@gmail.com- Patente N : 34046060 - I.F.N : 15214903 - CNSS : 4204096

ICE : 001603906000091



Date du prélèvement : 10-03-2022

Code patient : 1904260054

Né(e) le : 02-01-1967 (55 ans)



Mme Khadija EL KABILI

Dossier N° : 2203100034

Prescripteur :

HEMATOLOGIE

HEMOGRAMME (Automate : HORIBA Medical ABX PENTRA 80 XL)

(Les valeurs de référence sont en fonction de l'âge, du sexe, de l'état physiologique du patient, une éventuelle grossesse...)

| | | |
|-------------------------------|-------------------------------|-------------------|
| Hématies : | 4,50 Millions/mm ³ | (3,90-5,40) |
| Hémoglobine : | 13,3 g/dL | (12,0-15,6) |
| Hématocrite : | 41,1 % | (35,5-45,5) |
| VGM : | 91 fL | (80-99) |
| TCMH : | 30 pg | (27-34) |
| CCMH : | 32,4 g/dL | (28,0-36,0) |
| Leucocytes : | 9 050 /mm ³ | (3 900-10 200) |
| Polynucléaires Neutrophiles : | 58 % | |
| Soit: | 5 249 /mm ³ | (2 000-7 500) |
| Lymphocytes : | 32 % | |
| Soit: | 2 896 /mm ³ | (1 000-4 000) |
| Monocytes : | 8 % | |
| Soit: | 724 /mm ³ | (<1 100) |
| Polynucléaires Eosinophiles : | 1 % | |
| Soit: | 91 /mm ³ | (0-600) |
| Polynucléaires Basophiles : | 1 % | |
| Soit: | 91 /mm ³ | (0-150) |
| Plaquettes : | 165 000 /mm ³ | (150 000-450 000) |
| VMP | 10,2 µm ³ | (6,0-11,0) |

Commentaire :

Hémogramme normal.

LABORATOIRE EL KHALIL
Dr. Hoda OUALI ALAMI
MEDECIN BIOLOGISTE
252, Bd El Khalil, Hay
My Abdellah Ain Chock - w/c
Fix : 05 22 52 62 52 - 05 22 21 10 90



BIOCHIMIE SANGUINE

Protéine C-réactive (CRP)
(Immuno-turbidimétrie – AU480 BECKMAN)

2,3 mg/L (<5,0)

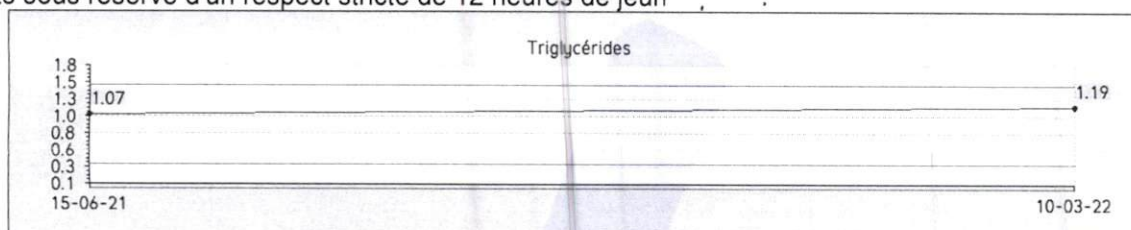
15-06-2021

Triglycérides
(Dosage enzymatique – AU 480 BECKMAN)

1,19 g/L (0,35–1,50)
1,36 mmol/L (0,40–1,71)

1,07

Résultats sous réserve d'un respect stricte de 12 heures de jeûn



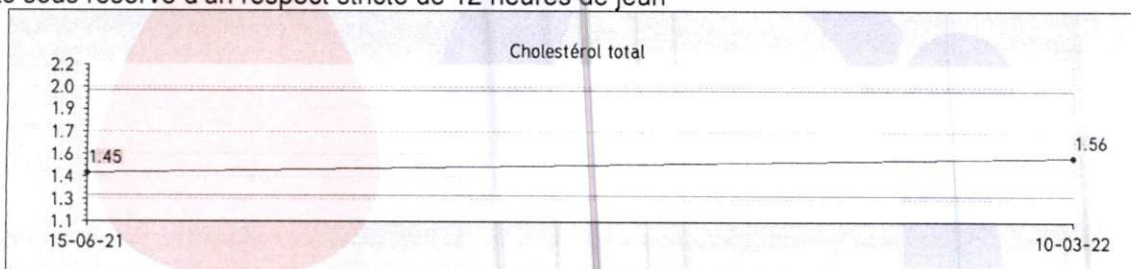
Cholestérol total
(Dosage enzymatique – AU 480 BECKMAN)

1,56 g/l (1,30–2,00)
4,04 mmol/L (3,36–5,17)

15-06-2021

1,45

Résultats sous réserve d'un respect stricte de 12 heures de jeûn

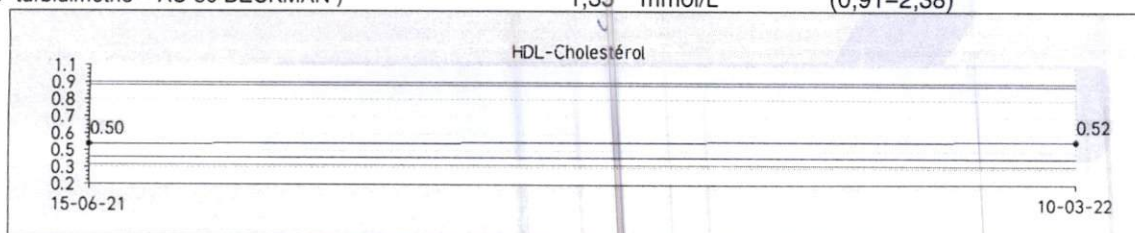


HDL-Cholestérol
(Immuno-turbidimétrie – AU 80 BECKMAN)

0,52 g/L (0,35–0,92)
1,35 mmol/L (0,91–2,38)

15-06-2021

0,50



LABORATOIRE EL KHALIL
Dr. Hoda OUALI ALAMI
MEDECIN BIOLOGISTE
252, Bd El Khalil, Hay
Moulay Abdellah, Ain Chock - wc
Fix : 05 22 52 62 52 - 05 22 21 10 90



مختبر الخليل للتحليلات الطبية و البيولوجية

LABORATOIRE EL KHALIL D'Analyses Médicales et Biologiques

Biochimie - Bactériologie - Hématologie - Immunologie - Hormonologie - Oncologie - Parasitologie - Mycologie - Virologie - Spermologie

Dr. Hoda OUALI ALAMI

Médecin Biologiste

Diplômée de la Faculté de Médecine de Rabat

د. هدى الوالي العلمي

Date du prélèvement : 10-03-2022 – 2203100034 – Mme Khadija EL KABILI

15-06-2021

LDL-Cholestérol

(Calculé selon la formule de Friedwald.)

0,80 g/L

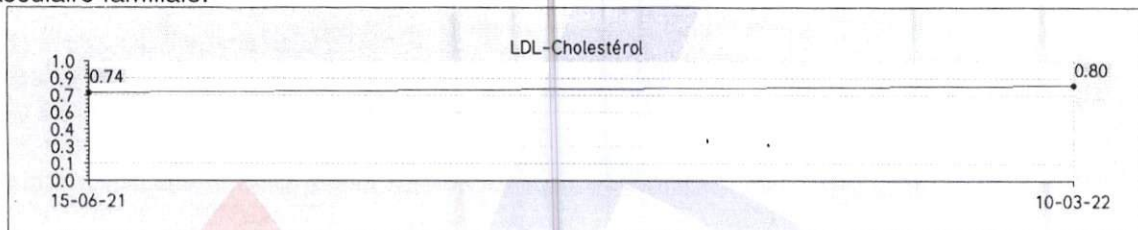
2,07 mmol/L

0,74

Valeurs cibles du LDL-Cholestérol selon les recommandations ANSM:

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

Facteurs de risque : Diabète, Tabac, HTA, Obésité, Age > 60 ans, HDL < 0,40 g/L, Sédentarité, ATCD de maladie cardiovasculaire familiale.



Validé par : Dr Hoda OUALI ALAMI

LABORATOIRE EL KHALIL
Dr. Hoda OUALI ALAMI
MEDECIN BIOLOGISTE
252, Bd El Khalil, Hay
My Abdellah Ain Chock - we
Fix : 05 22 52 62 52 - 05 22 21 10 90

Prélèvement à domicile sur Rendez-vous

252, Boulevard El Khalil, Hay Moulay Abdellah, Ain Chock - Casablanca

Tél : 05 22 52 62 52 / Fax : 05 22 21 10 90 - E-mail-1 : labo.elkhalil@gmail.com / E-mail-2 : h.oualialami@gmail.com

Patente : 34046060 - I.F : 15214903 - CNSS : 4204096 - R.C : 421712 - I.C.E : 001402001000000