

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 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
 0 Prise en charge : pec@mupras.com
 0 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° W21-730601

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input checked="" type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 00618	Société : 130535		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	El ouafi a. al
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :	Total des frais engagés : _____ Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Dr BELALI Abdellah Anesthésiste Réanimateur INPE : 091016576			
Date de consultation : 14/09/2012			
Nom et prénom du malade : Elouafi Miloud Age : _____			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : affection chronique néoplasique			
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 : 14/09/2012
 Signature de l'adhérent(e) : _____

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie	N° W21-730601
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	
Matricule :	_____
Nom de l'adhérent(e) :	_____
Total des frais engagés :	_____
Date de dépôt :	_____

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et/ou Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 093002064	14-09-88	BSR 0.100	750.00

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

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

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'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

RADIOTHERAPIE PERSONNALISEE PAR VMAT (IMRT - IGRT - ARCTHERAPIE) - RADIOCHIRURGIE
RADIOATHERAPIE STEREOTAXIQUE - 2 CLINICS EN MIROIRS - SCANNER BIG BORE - RADIOATHERAPIE METABOLIQUE
CURIETHERAPIE A HAUT DEBIT DE DOSE (HDR) - CHIMIOTHERAPIE - CHIMIOTHERAPIE INTRA PERITONEALE (CHIP) - HOSPITALISATION

العلاج الإشعاعي المطور الموجه بالصور - مجل الالكترونيات حامل للسكنار - الجراحة الإشعاعية
العلاج الإشعاعي البالطني و الفيماض - الإشعاعي التورمي - العلاج الكيميائي البالطني - الإستشفاء

Le 14/09/2011
Casablanca

Mme / Mr : Dr Dnafi Miloud

NFS + PLAQUETTES

UREE + CREATINEMIE

GLYCEMIE

TRANSAMINASES (TGO + TGP)

YGT + PHOSPHATASES ALCALINES

RDV, le :

AVEC LES RESULTATS DES ANALYSES*

Laboratoire LABIOMED d'Analyses Médicales

LABIOMED -S.N.C. - RC 92541 - IF 01022247 - CNSS 6007670 - Patente 30200179 - ICE 000231012000067
Compte Banque Populaire - 190 / 780 / 21211 5575621 000 3 / 30 / Taha Hocine - Casablanca
122, Bd d'Anfa - Quartier Racine - Casablanca - Tél. : 05 22 48.13.51 / 48.13.86 - Fax : 05 22 48.13.96

Dr Jalil ELMANJRA

Pharmacien Biologiste
Ancien Assistant des Hôpitaux de Dijon
Ancien Interne des Hôpitaux de Strasbourg

Dr Abdelaziz LEMSEFFER

Pharmacien Biologiste
Ancien Interne des Hôpitaux de Besançon
D.I.U. de Biologie de la Reproduction

Bactériologie - Biochimie - Hématologie - Immunologie - Mycologie - Parasitologie - Virologie

Casablanca le 14 septembre 2022

Monsieur EL OUAIFI MILOUD

AL KINDY ICE 000205043000017

FACTURE N°	39959
------------	-------

Analyses :

Numération formule sanguine -----	B	70	
Taux de Prothrombine (avec INR) -----	B	40	
Temps de céphaline activée -----	B	40	
Protéine C réactive -----	B	100	
Glycémie (a jeun) -----	B	30	
Iono (Na-K-Cl-RA-Ca-PT) -----	B	160	
Albumine sérique (dosage)	B	60	Total : B 500

Prélèvements :

Sang-----	Pc	15	
TOTAL DOSSIER			730,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Sept Cent Trente Dirhams

الطبية
L'LABIOMED
Laboratoire d'Analyses Médicales
122 Bd. D'Anfa Casablanca - Quartier Racine
Tél. : 05 22 48.13.51/86

PAYE

Insémination • Fécondation in vitro • Micro-injection (ICSI)



Monsieur EL OUAFI MILOUD
Dossier N° : KIN22581792

Dossier ouvert le : 14/09/22 Prélèvement reçu à 17:44 - Edité le : 15/09/22

Page N° 1/3

HEMATOLOGIE

NUMERATION FORMULE SANGUINE

						Antériorité
*	Hématies	:	2,26	M/mm ³	4,2 - 5,9	3,15
*	Hémoglobine	:	7,5	g/dl	13 - 17,7	10,4
	Hématocrite	:	22	%		
	V.G.M.	:	98,7	μ ³	80 - 100	
	C.C.M.H.	:	33,6	%	30 à 36	
	T.C.M.H.	:	33,2	pg	27 à 32	
	Leucocytes	:	9 380	/mm ³	4000 - 10000	14330
FORMULE LEUCOCYTAIRE						
	P. neutrophiles	:	86,4	%	soit 8 104 /mm ³	2000 à 7500
	P. éosinophiles	:	0,3	%	soit 28 /mm ³	20 à 800
	P. basophiles	:	0,1	%	soit 9 /mm ³	0 à 200
	Lymphocytes	:	7,2	%	soit 675 /mm ³	1000 à 4000
	Monocytes	:	6,0	%	soit 563 /mm ³	200 à 1000
	Plaquettes	:	171 000	/mm ³	150000 - 500000	292000

HEMOSTASE

TAUX de PROTHROMBINE : **72** % 70 à 100

I.N.R : **1,24**
(Automate SATELLITE - STAGO)

suivi du taux de TP seul,

Zone thérap. : 2,0 à 3,0
Le suivi du traitement par anticoagulants oraux doit se faire uniquement sur la base de l'INR et non par le

Dr Jalil ELMANJRA

التحاليل الطبية
LABIOMED
Laboratoire d'Analyses Médicales
122, Bd. D'Anfa Quartier Radda
Casablanca Tél: 0522.48.13.51/86
Dr Abdelaziz LEMSEFFER

Insémination • Fécondation in vitro • Micro-injection (ICSI)



Monsieur EL OUAFI MILOUD

Dossier N° : KIN22581792

Dossier ouvert le : 14/09/22 Prélèvement reçu à 17:44 - Edité le : 15/09/22

Page N° 2/3

Antériorité
25/08/22

TEMPS DE CEPHALINE ACTIVEE (TCA)

(Automate SATELLITE-STAGO)

Sujet	:	42	sec.	35 à 42	50
TCA	Témoin	:	35	sec	
Ratio TCA Patient/Témoin		:	1,20		< 1,20

BIOCHIMIE

Antériorité
30/08/22

*	CRP (Protéine C Réactive) (Cobas C6000 - Technique turbidimétrique)	:	88	mg/l	< 6	71
*	GLYCEMIE A JEUN (Cobas C6000)	:	0,64	g/l	0,70 à 1,10	1,56
		:	3,60	mmol/l	3,89 à 6,11	8,70

Dr Jalil ELMANJRA

مختبر التحاليل الطبية
LABIOMED
Laboratoire d'Analyses Médicales
122 Bd d'Anfa Quartier Racine
Casablanca - Tél: 0522 48 13 51/86
Dr Abdelaziz LEMSEFFER

Insémination • Fécondation in vitro • Micro-injection (ICSI)



Monsieur EL OUAFI MILOUD

Dossier N° : KIN22581792

Dossier ouvert le : 14/09/22 Prélèvement reçu à 17:44 - Edité le : 15/09/22

Page N° 3/3

IONOGRAMME SANGUIN

21/07/22

*	SODIUM (Na+)	: 134	m.eq / l	135 à 150	136
	(Potentiométrie Cobas C6000)				
*	POTASSIUM (K+)	: 4,5	m.eq / l	3,6 à 5,4	3,8
	(Potentiométrie Cobas C6000)				
*	CHLORE (Cl -)	: 97	mmol/l	95 à 108	97
	(Potentiométrie Cobas C6000)				
*	RESERVE ALCALINE	: 27	m.eq / l	21 à 29	28
	(Cobas C6000)				
*	PROTEINES TOTALES	: 51	g/l	60 à 80	55
	(Cobas C6000)				
*	CALCIUM PLASMATIQUE	: 89	mg/l	86 à 107	86
	(Cobas C6000)	: 2,23	mmol/l	2,15 à 2,67	2,15
					<u>25/08/22</u>
	ALBUMINE SERIQUE	: 34,2	g/l	30 à 50	
	(Cobas C6000)				

Dr Jalil ELMANJRA

مختبر التحاليل الطبية
LABIOMED
Laboratoire d'Analyses Médicales
122, Bd. D'Anfa Quartier Racine
Casablanca - Tél: 0522 48 13 50

Dr Abdelaziz LEMSEFFER