

## 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

- |  |                       |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="radio"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="radio"/> 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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W21-763669

176785

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <b>07564</b>	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>NAOUÏKALTOUM</b>			
Date de naissance : <b>11/10/1969</b>			
Adresse : <b>131 BDELMAH BIBEN BABKAR ETG 2 APP 6 C 5A</b>			
Tél. :		Total des frais engagés : <b>581.50</b> Dhs	
Docteur <b>Ahmed SETTI</b>			
Cadre réservé au Médecin			
<p>Cachet du médecin : <b>Docteur Ahmed SETTI</b></p> <p>Date de constitution : <b>08/08/2023</b></p> <p>Nom et prénom du malade : <b>Naoui KEL FOUAM</b></p> <p>Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Fils-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant</p> <p>Nature de la maladie : <b>AVC / AVC</b></p> <p>En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <b>AVC / AVC</b></p>			
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 : **02/08/2023** Signature de l'adhérent(e) : **NAOUÏKALTOUM**

Le : **12/08/2023**

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

#### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cérvicales	Montant des Honoraires
Dr Hicham BOAZZANI TOUJAMI	15/08/27	Dr Hicham BOAZZANI TOUJAMI	681,62 Dhs
Centre de Biologie Casablanca 394, Bd. Zerktouni - Casablanca. Tél: 05 22 27 48 96 - Fax: 05 22 27 48 13		Dr Hicham BOAZZANI TOUJAMI	03/08/2013

## AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												
	<b>H</b> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>				25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D															
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	B															
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																



Nom/Prenom : Dr. Abdellah SETTI

# Bilan Biologique

Le : 15/08/88

Age : ..... Sexe : H  F

## Hématologie

- NFS
- Plaquettes
- VS
- CRP
- Hémoculture

## Bilan martial

- Fer sérique
- CTF
- Ferritine
- Transferrine

## Hémostase

- Temps de Prothrombine
- TCK
- Fibrinogène
- INR

## Glucose

- Glycémie à jeun
- Hyperglycémie par VO
- Hémoglobine glyquée

## Ionogramme sanguin

- Na+
- K+
- Cl+
- Ca++
- Phosphore
- Mg++
- Bicarbonates (HCO3-)
- Urée
- Crétatimine
- Acide urique

Autres : .....

## Bilan lipidique

- Cholestérol total
- Cholestérol HDL
- Cholestérol LDL
- Triglycérides

## Fonction hépatique et enzymologie

- Amylasémie
- Bilirubine libre et conjuguée
- Phosphatases acides
- Phosphatases alcalines
- Lactate Déshydrogénase LDH
- Transaminases ASAT/ALAT
- Gamma-GT
- 5'Nucléotidase
- CPK (Créatine Phosphokinase)
- Troponine
- Electrophorèse des protéines EPP
- BNP

## Ionogramme urinaire

- Ca++
- Phosphore
- Na+
- K+
- Cl+
- Urée
- Crétatimine

## Examen des urines

- Protéinurie des 24h
- ECBU
- Antibiotogramme

## Groupage sanguin

- ABO
- Rhésus
- RAI

## Sérologie et immunologie

- SIDA / TRHA
- Anticorps Anti-B
- Anticorps Anti-Hbs
- Anticorps Anti-Hbc
- Anticorps Anti-Hbc
- Anticorps Anti-Hbe
- Hépatite C
- Anticorps Anti-HVC
- Sérologie Toxoplasmose
- Sérologie Rubéole
- B-HCG Plasmatique

- Facteur Rhumatoïde : (Latex, Waaler Rose)
- Anticorps anti-nucléaires
- Anticorps anti-DNA natif
- ASLO
- Dosage du Complément

# CENTRE DE BIOLOGIE DE CASABLANCA

394, Boulevard Zerkouni – Résidence le Casablanca – Bourgogne – CASABLANCA  
Tél : 0522 27 48 96 – Fax : 0522 27 49 13 – Patente : 35404878 – INP : 093001006  
CNSS : 6368949 IF : 51786580 – ICE : 00298235100006

**FACTURE N° : 230800358**

Casablanca le 15-08-2023

Mme NAOUI Keltoum

Date de l'examen : 15-08-2023

Récapitulatif des analyses		
CN	Analyse	Clé
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	E15
0236	Taux de prothrombine	B40

Total des B : 40

**TOTAL DOSSIER : 68.60 DH**

Arrêtée la présente facture à la somme de : soixante-huit dirhams soixante centimes.

CENTRE DE BIOLOGIE DE CASABLANCA  
Dr Hicham OUZZANI TOUHAMI  
Biologiste  
394, Bd. Zerkouni - Casablanca  
Tél: 05 22 27 48 96 - Fax: 05 22 27 49 13



# CENTRE DE BIOLOGIE DE CASABLANCA

## مختبر التحاليل الطبية

### Laboratoire de Biologie Médicale

BIOCHIMIE - HEMATOLOGIE - BACTERIOLOGIE - VIROLOGIE - IMMUNOLOGIE - PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE - P.M.A.



د. هشام الوزاني التهامي

Dr. Hicham OUAZZANI TOUHAMI  
Pharmacien Biologiste

Ancien interne et Attaché au C.H.U. de Montpellier  
D.U. de Fertilité Humaine de la Faculté de Médecine  
de Montpellier - D.U. d'Assurance Qualité de la Faculté  
de Pharmacie Paris V



ACCREDITATION N° 8-4177  
Portées disponibles  
sur [www.cofrac.fr](http://www.cofrac.fr)

Seuls les résultats identifiés  
par le symbole [AC] sont couverts  
par l'accréditation

Dossier ouvert le : 15-08-2023

Prélevé le : 15-08-2023 à 10:09

Édité le : 15-08-2023

Mme NAOUI Keltoum

Réf dossier: 23081886

Page N° : 1 / 1

## HEMOSTASE Echantillon plasma citraté

Valeurs références

Antériorités

Sous traitement: [AC]

Sintrom

10-07-2023

Temps de Quick Témoin: [AC]

13.3 sec.

13.3

Temps de Quick Patient: [AC]

21.0 sec.

28.6

Taux de Prothrombine [AC]

51 %

34

INR : [AC]

1.60

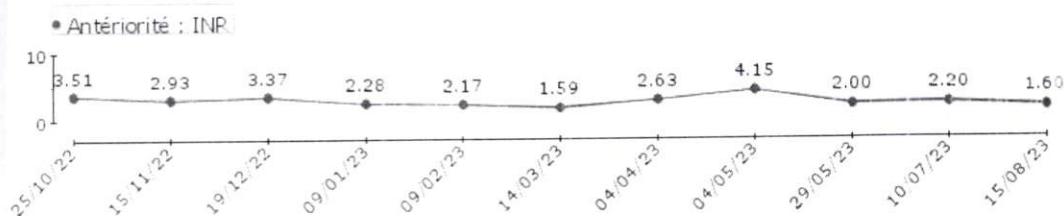
2.20

(Technique chronométrique)

Valeurs souhaitables :

INR : 2 à 3 (INR cible: 2.5)

INR : 2.5 à 4.5 (INR cible:>ou= 3): Prothèse valvulaire mécanique et prévention d'embolie systémique récidivante.



(AB) (AB) (AB) (AB)

CENTRE DE BIOLOGIE DE CASABLANCA  
Dr Hicham OUAZZANI TOUHAMI  
Biologiste  
394, Bd. Zerkouni - Casablanca  
Tél: 05 22 27 48 96 - Fax: 05 22 27 49 13  
Dr. Ouazzani

Prélèvement à domicile sur rendez-vous

394, Bd. Zerkouni - Resd. Le Casablanca - Bourgogne - 20040 Casablanca Tél.: 05 22.27.48.96 / 05 22.47.29.46 / 06 61.79.86.18 - Fax : 05 22.27.49.13  
E-mail : [labocbc@gmail.com](mailto:labocbc@gmail.com) - Site web : [www.laboratoirecbc.com](http://www.laboratoirecbc.com) - INP : 093001006 - Patente : 35404878 - C.N.S.S. : 6368949 - IF : 51786580 - ICE : 002982351000006