

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° M21- 042126

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 605

Société : RAN MQ

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : EL ADALI T hami

Date de naissance : 01.1.1947

Adresse : BLOC H N° 116 Lot Houzia

Tél. : 0664 2346 84

Total des frais engagés : 835,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01/11/2023

Nom et prénom du malade : MADRI Najia

Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : prothèse totale du genou

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 : Rabat

Le : 01/11/2023

Signature de l'adhérent(e) :

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
01/11/2023		25 EC	300 DA 200 DA	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire ou du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. Farida LAMALMI Av. Al Kifah 13, Bloc T2 Karama Rabat - Côte de la BMCE Tél: 05 37 23 00 21 / 22	01/11/2023	B: 32r	435 000

AUXILIAIRES MEDICAUX

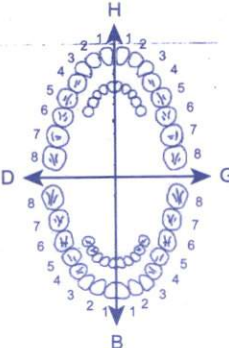
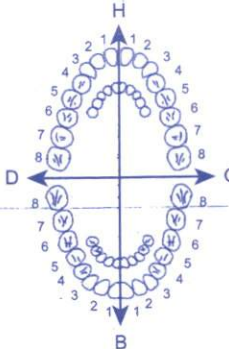
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																	
				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 <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																				
25533412	21433552																			
00000000	00000000																			
G																				
D	G																			
00000000	00000000																			
35533411	11433553																			
B																				
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

230614111047IM-003

HADRI NAJIA

Entrée: 01/11/2023 09:55

PR. MOUSSAOUI ABDELMAJID



MEDICAL EXCELLENCE CLINIC
CLINIQUE
MEDEXC
مصحة مديكس

1947

rabat, le

01/11/2023

الرباط، في يوم

Pr. HADRI NAJIA

- NFS - group page.

- urée. créat. GAT.

- TC. TCA.

Laboratoire LAMALMI d'Analyses Médicales
Dr. Farida LAMALMI
Av. Al Kifah 13, Bloc T2 Kamra CYM,
Rabat (à côté de la BME)
Tél: 05 37 23 00 21 / 22

Clinique Medex T4 - Méhdi Ben Barka
Souissi - Rabat - Tél: 0537 91 05 05
Pr. MOUSSAOUI Abdelmajid
INPE: 10 099 182
Reanimation

Laboratoire LAMALMI d'Analyses Médicales

Docteur LAMALMI FARIDA
Pharmacienne Biologiste

Spécialité en Analyses Médicales

Diplômée en Médecine et Biologie de la Reproduction

Diplômée en Assurance Qualité en Biologie Médicale

Lauréat de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat

Lauréat de la Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie-Paris VI



مختبر لعلمي للتحليلات الطبية

الدكتورة لعلمي فريدة
صيدلانية إحيائية

اختصاصية في التحليلات الطبية
دبلوم في علم إحياء الإغجاب
دبلوم في ضمان الجودة البيولوجية الطبية
خريجة كلية الطب والصيدلة بالرباط
خريجة كلية الطب ببيرو وماري كوري بباريس VI

FACTURE N° : 230005827

Rabat le 01-11-2023

Mme Najia HADRI

Date de l'examen : 01-11-2023

Date d'édition de la facture : 01-11-2023

Analyses :

Récapitulatif des analyses		
CN	Analyse	Clé
9105	Prélèvement sanguin	B15
0111	Créatinine	B30
0118	Glycémie	B30
0229	Groupe ABO Rhésus	B60
0216	Numération formule	B80
0239	Temps de céphaline: TCK	B40
0236	Taux de prothrombine	B40
0135	Urée	B30

Total des B : 325

TOTAL DOSSIER : 435 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : quatre cent trente-cinq dirhams

INPE
103064069

Laboratoire LAMALMI d'Analyses Médicales
Dr. Farida LAMALMI
Av. Al Kifah T3, Bloc T2 Kamra
Rabat (à côté de la BMCE)
Tél: 05 37 23 00 21 / 22



Laboratoire certifié en système de management de la qualité ISO 9001

(+212) 537 23 00 21 / 22

(+212) 537 23 00 22

laboratoirelamalmi@gmail.com

www.labolamalmi.com

Avenue AL KIFAH N° 13 Bloc T2 Kamra

CYM RABAT (à côté de la BMCE)

CNSS : 5464178 / IF : 50367990 / ICE : 000507885000092 / TP : 27600302



CLINIQUE MEDEXC
MEDICO-CHIRURGICALE-
74, AVENUE MEHDI BEN BARKA
RABAT

Reçu de caisse

Médecin : PR. MOUSSAOUI ABDELMAJID

N° : 2311011043082680 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
230614111047IM-003	HADRI NAJIA	01/11/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Espèce		100,00
PAYANT	Total payé	100,00
CENT DIRHAMS		

Reçu établi par : HOURIA





Réf. de la demande : 2311010041
Date de la création : 01-11-2023
Date de prélèvement : 01-11-2023 / 11:22
Date d'édition : 01-11-2023 à 01-11-2023 12:40



Mme HADRI Najia
Né(e) le : 01-01-1947
Prescripteur : CLINIQUE MEDEXC

Page : 1 / 3

HEMATOLOGIE

HEMOGRAMME(Automate : SYSMEX XN 1000/ SYSMEX XN 530) SUR SANG TOTAL

"Les valeurs de référence sont en fonction de l'âge, du sexe, état physiologique du patient(e) et l'âge de grossesse".
Xavier Troussard et al. Annales de biologie clinique 2014;72(5):561-81.

Hématies :	4.05	M/ml	(3.84-5.12)
Hémoglobine :	12.2	g/dl	(11.8-15.0)
Hématocrite :	36.2	%	(35.0-45.0)
VGM :	89	fl	(83-97)
TCMH :	30.1	pg	(27.5-33.2)
CCMH :	33.7	g/dl	(31.0-36.0)
Leucocytes :	4 640	/mm ³	(3 800-9 100)
Polynucléaires Neutrophiles :	2 020	/mm ³	(1 900-5 700)
Soit:	43.50	%	
Polynucléaires Eosinophiles :	110	/mm ³	(40-520)
Soit:	2.40	%	
Polynucléaires Basophiles :	30	/mm ³	(0-150)
Soit:	0.60	%	
Lymphocytes :	1 990	/mm ³	(1 070-3 900)
Soit:	42.90	%	
Monocytes :	490	/mm ³	(170-1 000)
Soit:	10.60	%	
Granulocytes immatures:	10.00	/mm ³	
soit :	0.20	%	

Plaquettes :	237 000	/mm ³	(177 000-379 000)
---------------------	---------	------------------	-------------------

Demande Validée par : Dr LAMALMI Farida



Réf. de la demande : 2311010041

Mme HADRI Najia

Page : 2/ 3

Numération des érythrocytes nucléés (NRBC)	10.000 /mm ³
Soit :	0.20 %
RDW-SD	45 fL
RDW-CV	13.90 %
PDW	12 fL
MPV	10 fL
P-LCR	26.30 %

Commentaire :

Hémogramme normal.

HEMOSTASE

TAUX DE PROTHROMBINE

Temps de Quick Patient: (Mesure Chronométrique sur Sysmex CA-600)	11.5 sec.	
Taux de Prothrombine:	92 %	(70-130)
INR :	1.05	(0.80-1.20)
TCK Temps patient (Mesure Chronométrique sur Sysmex CA-600)	24.0 sec.	(22.0-29.0)
TCK Temps témoin (Mesure Chronométrique sur Sysmex CA-600)	24.8 sec.	
TCK Ratio patient/témoin	0.97	(<1.20)

Conclusion

Bilan d'hémostase normal.


Demande Validée par : Dr. LAMALMI Farida
Laboratoire LAMALMI d'Analyses Médicales
Dr. Farida LAMALMI
Av. Al Kifah 13, Bloc T2 Kamra CYM
Rabat (à côté de la BMCE)
Tél: 05 37 23 00 21 / 22





IMMUNO-HEMATOLOGIE

GROUPE SANGUIN ABO ET RHESUS

Deux déterminations, chacune réalisée en double, sont nécessaires à la délivrance d'une carte de groupe sanguin définitive.

Groupe sanguin ABO

(Technique en gel filtration – Scan–Gel ID–BIORAD)

Rhésus (D)

(Technique en gel filtration – Scan–Gel ID–BIORAD)

(çi joint carte de groupage)

A

Positif

NB: Cas particulier chez le nouveau-né : Le groupe sanguin n'est valide que jusqu'à l'âge de 6 mois

BIOCHIMIE SANGUINE

Urée

(Dosage enzymatique – Integra 400 Plus Roche)

0.48 g/l (0.10–0.50)

8.00 mmol/l (1.67–8.33)

Créatinine

(Dosage enzymatique – Integra 400Plus Roche)

8.7 mg/l (5.1–9.8)

77.0 µmol/l (45.1–86.7)

Glycémie à jeun

(Hexokinase G6PD–H – Integra 400 Plus Roche)

0.92 g/l (0.70–1.10)

5.11 mmol/l (3.89–6.11)

Signature: *Farida*
Demande Validée par: Dr LAMALMI Farida
Laboratoire LAMALMI d'Analyses Médicales
Av. Al Kifan 13 Bloc T2 Kamra CYM
Rabat (à côté de la BMCE)
Tél: 05 37 23 00 21 / 22

