

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## Adresses Mails utiles

- Réclamation : 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **11676**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

**ERRAJI**

**EL BACHIR**

Date de naissance :

Adresse :

**06667418240**

Tél. :

Total des frais engagés :

**# 224,40 dh** 115 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin

**SALI**

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC

Pathologie :

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 : **CASABLANCA**

Le : **03/09/2024**

Signature de l'adhérent(e) :

VOTRE ADRESSE



### RELEVE 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
03/04/2011	C2	gratuit		22/04/2011 Dr. [Signature]

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

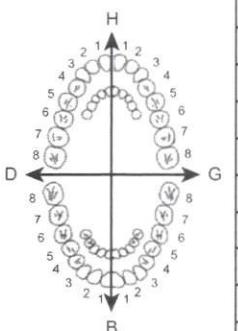
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
09300230	03/04/2011	8/160 + PCL	2214,4000

### AUXILIAIRES MEDICAUX

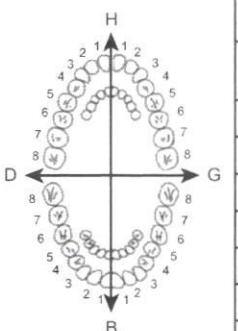
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### VOLET ADHERENT

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



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

B

(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession Montant des Honoraires

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

Docteur MOUSSALLI Fatna

## Gynécologue Obstétricien

Diplômée de la Faculté de Médecine  
de Clermont Ferrand  
Sénologie - Stérilité - Echographie  
Chirurgie Gynécologique  
11, Rue Ghali Ahmed (Ex. Berthelot)  
CASABLANCA  
Tél. : 05.22.27.80.09 - 05.22.27.68.11

الدكتورة مصالي فاطنة

أخصائية في أمراض النساء والولادة  
العم التشخيصي بالصدى أمراض الثدي  
جراحة النساء  
خريجة كلية الطب بكليرمون فيرون  
ازنقة غالى احمد (بيرطولو سابقا)  
الدار البيضاء  
الهاتف : 05.22.27.80.09 - 05.22.27.68.11

Casablanca, le

03/04/24

Re HALL

NFS *Allegedly*

TP

TC A

Mme HQLI Samira  
28-11-1987

2404030009  
A color sur 1 ordonnance

En Cas d'urgences Contactez la Clinique les IRIS

13, place du Nid d'IRIS (RACINE) - Tél : 05 22 39 25 30 / 05 22 39 25 32 - Fax : 05 22 39 25 33

INPE : 091114504 - IF : 41406822 - ICE. : 001744120000029

**FACTURE N° : 240400061**  
 ICE : 001602781000008



Casablanca le 03-04-2024

**Mme HALI Samira**

Demande N° 2404030009  
 Date de l'examen : 03-04-2024  
 MUPRAS

Analyse :

Récapitulatif des analyses				
CN	Analyse	Clé	Clé	Total
9105	Forfait prélèvement	E10	E	10.00 MAD
B216	Numération Formule (Globules rouges/Blancs/plaquettes)	B80	B	107.20 MAD
B239	Temps de céphaline kaolin (TCK)	B40	B	53.60 MAD
B236	Taux de prothrombine	B40	B	53.60 MAD
<b>Total</b>				<b>224.40 MAD</b>

Total des B : 160  
 TOTAL DOSSIER : 224.40 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : deux cent vingt-quatre dirhams quarante centimes

**Information essentielle à l'attention des patients :** Nous vous rappelons que si vous bénéficiez d'une couverture par une mutuelle ou une assurance maladie, il est impératif de soumettre votre dossier à la mutuelle dans les délais impartis (un à deux mois suivant votre mutuelle ou assurance) de la date des analyses médicales effectuées. Veuillez noter qu'aucune modification de dates sur la facture, le document de mutuelle ou le compte rendu ne pourra être réalisée par notre laboratoire après ce délai.

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES  
**KARIM LAB**  
 Angle Bd. Oum Rabii et Oued Darâa  
 Quartier El Oulfa Casablanca  
 0522 932 120 / 0522 89 43 24 / 0522 89 23 75  
 Fax : 0522 93 21 31

\* Ouvert de 7h30 à 18h30 - Samedi de 7h30 à 13h00 \* Prélèvement à domicile sur rendez-vous

432, Angle Boulevard Oum Rabii et Oued Darâa, Quartier El Oulfa - Casablanca

05 22 93 21 20 / 05 22 89 43 24 / 05 22 89 23 75 06 61 61 46 29 05 22 93 21 31 karimlab2005@yahoo.fr

Autorisation : 4928 • CNSS : 6974332 • IF : 51505825 • Patente : 36000461 • ICE : 001602781000008 • INPE : 093002301





Dr. Amal KARIM

Pharmacienne Biologiste Diplômée de la faculté de Paris V  
Ex. Attachée des Hôpitaux de Paris  
DU Assurance Qualité Paris V

Dossier ouvert le : 03-04-2024  
Edité le : 03-04-2024  
Prélèvement effectué le : 03-04-2024 à 09:10

Code patient



INPE:



093002301

Mme HALI Samira  
D.D.N. : 28-11-1987  
N° dossier : 2404030009  
CIN : F743698

MUPRAS

Dr MOUSSALLI Fatna

Page : 1 / 2

## HEMATOCYTOLOGIE

### NUMERATION FORMULE SANGUINE

(Automates: XN-530 SYSMEX + BC-6200 MINDRAY)

### NUMERATION GLOBULAIRE

31-01-2023

GLOBULES ROUGES :	4.62	M/mm <sup>3</sup>	(4.20-5.20)	4.79
HEMOGLOBINE :	13.8	g/100ml	(12.5-15.5)	14.2
HEMATOCRITE :	42.4	%	(35.0-45.0)	43.3
VGM :	91.8	fL	(85.0-95.0)	90.4
TCMH :	29.9	pg	(28.0-32.0)	29.6
CCMH :	32.5	g/100ml	(30.0-35.0)	32.8

LEUCOCYTES :	8 120	/mm <sup>3</sup>	(4 000-12 000)	7 830
--------------	-------	------------------	----------------	-------

### FORMULE LEUCOCYTAIRE

POLYNUCLEAIRES NEUTROPHILES:	73	%	(40-75)	69
SOIT:	5 928	/mm <sup>3</sup>	(2 000-7 500)	5 403
POLYNUCLEAIRES EOSINOPHILES :	1	%	(1-4)	2
SOIT:	81	/mm <sup>3</sup>	(100-600)	157
POLYNUCLEAIRES BASOPHILES :	0	%	(<1)	0
SOIT:	0	/mm <sup>3</sup>	(<100)	0
LYMPHOCYTES :	21	%	(20-45)	22
SOIT:	1 705	/mm <sup>3</sup>	(1 500-4 000)	1 723
MONOCYTES :	5	%	(2-8)	7
SOIT:	406	/mm <sup>3</sup>	(200-1 000)	548

PLAQUETTES :	169 000	/mm <sup>3</sup>	(150 000-400 000)	148 000
--------------	---------	------------------	-------------------	---------

\* Ouvert de 7h30 à 18h30 - Samedi de 7h30 à 13h00 \* Prélèvement à domicile sur rendez-vous

432, Angle Boulevard Oum Rabii et Oued Darâa, Quartier El Oulfa - Casablanca

05 22 93 21 20 / 05 22 89 43 24 / 05 22 89 23 75 06 61 61 46 29 05 22 93 21 31 karimlab2005@yahoo.fr

Autorisation : 4928 • CNSS : 6974332 • IF: 51505825 • Patente : 36000461 • ICE: 001602781000008 • INPE: 093002301



مختبر التحاليل الطبية كريمل

**KARIMLAB**

LABORATOIRE D'ANALYSES DE BIOLOGIE MEDICALE KARIMLAB

Dr. Amal KARIM

Pharmacienne Biologiste Diplômée de la faculté de Paris V  
Ex. Attachée des Hôpitaux de Paris  
DU Assurance Qualité Paris V

Dossier ouvert le : 03-04-2024  
Edité le : 03-04-2024  
Prélèvement effectué le : 03-04-2024 à 09:10

Code patient



Mme HALI Samira  
D.D.N. : 28-11-1987  
N° dossier : 2404030009  
MUPRAS

Dr MOUSSALLI Fatna

Page : 2 / 2

## HEMOSTASE

### TAUX DE PROTHROMBINE

CA 600 SYSMEX / Réactif Siemens

TP:	84.3 %	(70.0-100.0)	31-01-2023 92.3
-----	--------	--------------	--------------------

Changement de technique depuis le 15/05/2014

### TEMPS DE CEPHALINE ACTIVE

CA 600 SYSMEX / Réactif Simens

T.C.A. Temps témoin:	25.0 sec.	31-01-2023 25.0
T.C.A. Temps patient:	28.3 sec.	26.9
TCA Ratio patient/témoin	1.13	(0.80-1.20)
		1.08

Changement de technique depuis le 15/05/2014

Résultats validés biologiquement par : Biologiste Remplaçante

Signature of Biologiste Remplaçante



\* Ouvert de 7h30 à 18h30 - Samedi de 7h30 à 13h00

\* Prélèvement à domicile sur rendez-vous

📍 432, Angle Boulevard Oum Rabii et Oued Darâa, Quartier El Oulfa - Casablanca

📞 05 22 93 21 20 / 05 22 89 43 24 / 05 22 89 23 75 📞 06 61 61 46 29 📞 05 22 93 21 31 📩 karimlab2005@yahoo.fr

Autorisation : 4928 • CNSS : 6974332 • IF : 51505825 • Patente : 36000461 • ICE : 001602781000008 • INPE : 093002301