

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.

Biologie 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

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



ND: 34210

Déclaration de Maladie : N° P19- 0023892

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02508 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

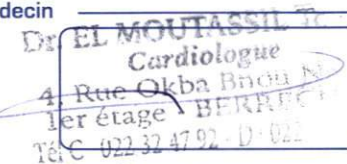
Nom & Prénom : HAMDAOUI ABD Date de naissance 01.01.1954

Adresse : 71 Passage G. HASSANEL KANAFANI HAY HASMINA BERCHID

Tél. : 06356265072 Total des frais engagés : 2148.36 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 29/06/2020

Nom et prénom du malade : KHAÏLA JAMILA Age: 54 ans

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Hypertension artérielle

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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
29/06/2020	EG + ECG	250 DH		Dr. EL MOUTASSIL Tamin Cardiologue 4, Rue Okba Bnou N... étage - BERRECH 0223

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29/06/2020	449,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	01/07/20	B ₁₀₊₄ INP	1449,16 063000569

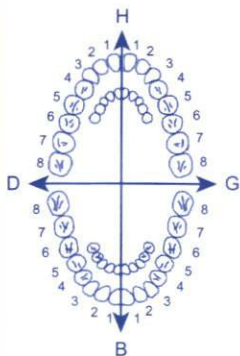
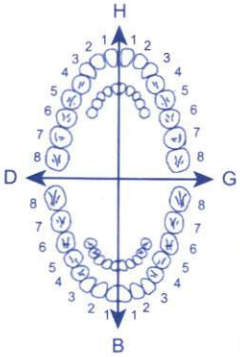
[illegible]

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 canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
					MONTANTS DES SOINS													
				DATE DU DEVIS														
				DATE DE L'EXECUTION														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Dr. Touria EL MOUTASSIL

Cardiologue - Diplômée de la Faculté
de Médecine de Tours (France)

Maladies du Cœur et des Vaisseaux
Echographie Doppler Cardiaque - Holter ECG
et Holter T.A. Epreuve d'effort

الدكتورة تورية المتصل

اختصاصية في أمراض القلب والشرابيين

خريجة كلية الطب بتور (فرنسا)

الفحص بالأموح فوق الصوتية

PHARMACIE ARAFAT
ASMOUN Sargir
Docteur en Pharmacie
Rue ASSALAM Hay Al Houde
BERRECHID
Tél : 05 22 32 84 96

Berrechid, Le: 29/06/2020 برشيد، في:

3x 72, 00 M^{re} KHAILA JAMILA

- Détensiel 10 mg p/matin et le soir.

- SP 3 mois

3x 49, 60

- Cune forte 1 p/ser. 4 fois

min dans p/AST 2 fois min

2x 42, 20 3 boites

- Cufix 1 p x 2 / matin et soir

X 4 mois

DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables
6 118001 101788
PPV : 72,00 DH
Distribué par Cooper Pharma

PHARMACIE ARAFAT
ASMOUN Sargir
Docteur en Pharmacie
Rue ASSALAM Hay Al Houde
BERRECHID
Tél : 05 22 32 84 96

Ti 449, 20

05 22 32 47 92 إقامة رياض زقنة أبني

Résidence Riad, Rue Ibn khaldoune - Berrechid - Tél. : 05 22 32 47 92 - ICE : 001744963000063

DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables



6 118001 101788

PPV : 72,00 DH
Distribué par Cooper Pharma

7862160236

DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables



6 118001 101788

PPV : 72,00 DH
Distribué par Cooper Pharma

7862160236

PPV: 49,60 DH
LOT: 20D06
EXP: 04/2023

PPV: 49,60 DH
LOT: 20D06
EXP: 04/2023

PPV: 49,60 DH
LOT: 20D06
EXP: 04/2023

42,20

42,20

Bilan Biologique

Le : 23/06/2020

Nom/Prénom : KHAILA JAMILA 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 5.7/30
- ☐ Hyperglycémie par VO
- ☐ Hémoglobine glyquée

Ionogramme sanguin

- ☐ Na+
- ☒ K+ sans sang nat.
- ☐ Cl+
- ☐ Ca++
- ☐ Phosphore
- ☐ Mg++
- ☐ Bicarbonates (HCO3-)
- ☐ Urée
- ☒ Créatinine
- ☒ Acide urique

Autres : TSH US

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
- ☐ Créatinine

Examen des urines

- ☒ Protéinurie des 24h
- ☐ ECBU
- ☐ Antibiotogramme

Groupe sanguin

- ☐ ABO
- ☐ Rhésus
- ☐ RAI

Sérologie et immunologie

- ☐ VDRL-TRHA
- ☐ Hépatite B
 - ☐ Antigène Hbs
 - ☐ Anticorps Anti-Hbs
 - ☐ Anticorps Anti-Hbc
 - ☐ Anticorps Anti-Hbe
- ☐ Hépatite C
 - ☐ Anticorps Anti-HVC
- ☐ Sérologie Toxoplasmose
- ☐ Sérologie Rubéole
- ☐ B-HCG Plasmatiche

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

Dr. EL MOUTASSIL Tounsi
Cardiologue
4, Rue Okba Benou Nafie
1er étage - BERRICHES
Tél : 022 32 47 92 - 022 32 47 93

LABORATOIRE IBN SINA

Bd Mohammed V

Tel : 05.22.33.66.43

Fax : 05.22.33.66.42

ICE :001761756000030

BERRECHID

INPE :063000509

Patente : N° 40700369 C.N.S.S : N°2229541 IGR : 40195644

FACTURE : 71278

IB 32477 B

Nom et Prénom : Mme KHAILA Jamila

Prescripteur : Dr. EL MOUTASSIL Touria

Référence : 010720 006

Date : 01/07/2020

BILAN :

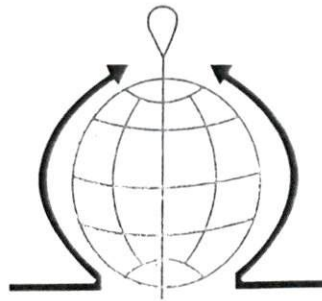
GLY B 15	+ CREA B 22	+ AUR B 23	+ CHOL B 23	+
HDL2 B 56	+ TRIG B 56	+ LDLM B 56	+ TGO B 45	+
TGP B 45	+ GGT B 60	+ HBA1 B 90	+ K B 30	+
PROU B 33	+ TSH B 220	+ VITD B 300	+	

MONTANT NET : 1449,16 Dhs Soit 1074 B

ARRETE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

Mille quatre cent quarante neuf Dh et seize cts

IBN SINA
LABORATOIRE IBN SINA
Bd Mohammed V
Tel : 05.22.33.66.43
Fax : 05.22.33.66.42



Berrechid le : 01/07/2020
CIN : WA10483
Résultats complets
Edité le: 02/07/2020
Medecin Dr. EL MOUTASSIL Touria

Mme KHAILA Jamila
IB 32477 B **RF: 010720006**

BIOCHIMIE

		VALEURS DE REFERENCE	ANTECEDENTS
GLYCEMIE A JEUN	1,36 g/l	(N : 0.70 à 1.10)	14/09/17 : 1,06.
(Technique HITACHI 704)	Soit 7,55 mmol/l	(N : 3.89 à 6.11)	
CREATININE.....	7,43 mg/l	(N : 5 à 12)	14/09/17 : 10,60
(Technique HITACHI 704)	Soit 65,38 µmol/l		
ACIDE URIQUE	64,10 mg/l	(N : 25 à 65)	14/09/17 : 54,00
(Technique HITACHI 704)	Soit 381,40 µmol/l		
CHOLESTEROL TOTAL	2,01 g/l	(N : 1.6 à 2.00)	14/09/17 : 1,90
(Technique HITACHI 704)	Soit 5,2 mmol/l	(N : 4.10 à 5.20)	
CHOLESTEROL HDL	0,45 g/l	(N : > 0.40)	14/09/17 : 0,43
(Technique HITACHI 704)			
TRIGLYCERIDES.....	1,46 g/l	(N : < 1.50)	14/09/17 : 1,01
(Technique HITACHI 704)	Soit 1,67 mmol/l	(N : < 1.70)	
CHOLESTEROL LDL	1,22 g/l	(N : < 1.60)	14/09/17 : 1,15
	Soit 3,15 mmol/l		
TRANSAMINASE T.G.O (ASAT)...	14,0 UI/l	(N : < 42)	
(Technique HITACHI 704)			
TRANSAMINASE T.G.P (ALAT)...	16,7 UI/l	(N : < 41)	
(Technique HITACHI 704)			
GAMMA G.T	45,0 UI/l	(N : < 50)	
(Technique HITACHI 704)			

LABORATOIRE D'ANALYSES
MEDICALES IBN SINA
DIVISION MEDICALE
BERRECHID
Tél. : 05 22 33 66 43

Le Biologiste



Berrechid le : 01/07/2020

CIN : WA10483

Résultats complets

Edité le: 02/07/2020

Medecin Dr. EL MOUTASSIL Touria

Mme KHAILA Jamila

9A 32477

RF: 010720006

H.B.A.1.C 5,4 %
 I.F.C.C 36 mmol/mol
 (Technique HPLC-723GX)

INTERPRETATION

(Normale : 3.9 à 6.5 % - 19 à 48 mmol/mol)
 (Diabète équilibré : 6 à 7 % - 42 à 53 mmol/mol)
 (Diabète déséquilibré: > 7 % - > 53 mmol/mol)

POTASSIUM..... 4,0 mEq/l (N : 3.6 à 5.1)
 (Technique AVL 9180 ROCHE)

* GLYCOHEMOGLOBIN REPORT *

2020/07/01 15:53

TOSOH CORPORATION V01.10

N0: 0012 TB 0002 - 02

ID: 30107006

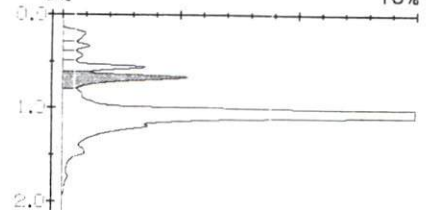
CAL(N) = 1.0987X + 0.8074

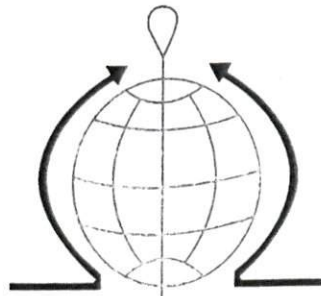
TP 417

NAME	%	TIME	AREA
FP	0.0	0.00	0.00
A1A	0.9	0.21	15.98
A1B	0.7	0.34	12.25
F	0.6	0.44	10.76
LA1C+	2.0	0.56	34.54
SA1C	5.4	0.67	73.30
AO	91.7	1.06	1618.52
TOTAL AREA			1765.35

HbA1c 5.4%
 IFCC 35 mmol/mol

HbA1 7.0 % HbF 0.6 %
 0% 15%





Berrechid le : 01/07/2020
CIN : WA10483
Résultats complets
Edité le: 02/07/2020
Medecin Dr. EL MOUTASSIL Touria

Mme KHAILA Jamila
9A 32477 RF: 010720006

CHIMIE URINAIRE

VALEURS DE REFERENCE

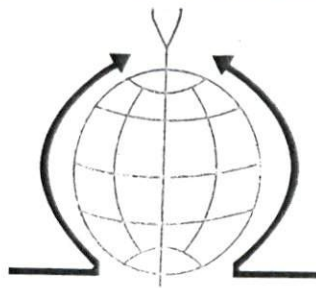
ANTECEDENTS

DIURESE 1 100,0 ml/24h
PROTEINES URINAIRES..... 90 mg/l
Soit 99 mg/24h (N : < à 150)

BILAN THYROIDIEN

TSH (THYREOSTIMULINE) 2,27 mUI/l (N : 0,25 à 5)
(Technique Mini-Vidas MERIEUX Sens : 0.05 uUI/ml)

LABORATOIRE D'ANALYSES
MEDICALES IBN SINA
DR. EL MOUTASSIL TOURIA
Tél : 05 22 33 66 43



Berrechid le : 01/07/2020

CIN : WA10483

Résultats complets

Edité le: 02/07/2020

Medecin Dr. EL MOUTASSIL Touria

Mme KHAILA Jamila

9A 32477RF: 010720006

VITAMINOLOGIE

VALEURS DE REFERENCE

ANTECEDENTS

25-HYDROXY-VITAMINE D (D2+D3)
(Technique MINI VIDAS)

RESULTAT..... 14,80 ng/ml
Soit 37,00 nmol/l

14/09/17 : 35,80

INTERPRETATION:

(CARENCE : < 10 ng/ml (< 25 nmol/l)
(INSUFFISANT : 10 à 30 ng/ml (25 à 75 nmol/l)
(SUFFISANT : 30 à 100 ng/ml (75 à 250 nmol/l)
(TOXICITE : > 100 ng/ml (> 250 nmol/L)

LABORATOIRE D'ANALYSES
MEDICALES IBN SINA
DR. BERRECHID
Tél : 05 22 33 66 43

10mm/mV

1

aVR

10mm/mV

1 Ohm / mV

V1

V4

L.D.: 106516

Sex:

Age(Y).

 Ht. (cm).

Wt. (Kg).

B 1' (K1'a).

V2

V5

V3

V6

11

25mm/s A(50)

ADS

00000(X)0000000000

♡ 85

29 06 2020 17:23