

# 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.

## Diagnostique 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 canaux, 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 canaux.

## 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



## Déclaration de Maladie

N° P19- 045212

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 194 Société : 40849

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Allouche Ardin

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0537601980 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

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) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-045212

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 :



## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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																					
				<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/>																				
				<b>Montant des soins</b> <input type="text"/>																				
				<b>Début d'exécution</b> <input type="text"/>																				
				<b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>																				
<b>O.D.F. Prothèses dentaires</b>	<b>Détermination du coefficient masticatoire</b>		<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/>	<b>Montant des soins</b> <input type="text"/>																				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553			<b>Date du devis</b> <input type="text"/>	<b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>
H		G																						
25533412	21433552	00000000	00000000																					
00000000	00000000	00000000	00000000																					
00000000	00000000	00000000	00000000																					
35533411	11433553																							
<b>(Création, Remont, adjonction)</b> Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession																								

### VOLET ADHERENT

NOM : .....

Mle

DECLARATION N° **P 17 / 0060359**



Date de Dépôt

Montant engagé

Nbre de pièces Jointes

**Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois**

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



**P 17 / 0060359**

**DATE DE DEPOT**

/ / 201

**A REMPLIR PAR L'ADHERENT**

Mle 194

Nom & Prénom **ALLOD ALI**

Fonction **Rehato**

Phones **0537601950**

Mail

*pan cours*  
l'adherent

**MEDECIN**

Prénom du patient **Alboute Aricha**

Adhérent ☐ Conjoint ☒ Enfant ☐

Age

**88 ans**

Date

**31/9/2020**

Nature de la maladie

**Infection cutanée et Respiratoire + fièvre 35°C + EC Carr 31/9/2020  
bos de fess + Brûlure (ral bandage) + Confusion**

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

**Dr. Anas BENSLAMA**  
Médecin des Urgences  
Echographie

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des honoraires

**Vision  
Ophtalmique  
pour VUE + Dextre**

**(V.)**

**ACCUEIL**  
**21 SEP 2020**  
**NP: 10/166205**  
**Dr. My Abdellah**  
**06 12 00 12 06**

**PHARMACIE**

Date

Montant de la facture

**ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Date

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

**07/10/2020 B: 880,00**

**1240,00 D: 11**

**LABORATOIRE AL KAWTHAR**  
Hay Massour I, N°55, 12<sup>e</sup> San II,  
Etage II, T. 1  
Fixe/Fax: 05 37 62 27 22  
Mail: alkawtharabo@gmail.com

**AUXILIAIRES MEDICAUX**

Date

Nombre

Montant détaillé des Honoraires

AM

PC

IM

IV

**CACHET**



**Dr. Majid BEL HADJ SOULAMI**  
**Généraliste - Urgentiste**

Diplômé d'état de la Faculté de Médecine de Paris  
 Ancien Interne des Hôpitaux de Paris  
 Médecin-conseil auprès du consulat général  
 de France à Rabat

Visites et urgences médicales à domicile  
**08h00/22h00**



الدكتور مجيد بلحاج السلمي  
 الطب العام والطوارئ

خريج كلية الطب بباريس  
 داخلي بمستشفيات باريس سابقا  
 مستشار طبي لدى القنصلية العامة  
 الفرنسية بالرباط

زيارة ومستعجلات طبية منزلية  
**08h00/22h00**

Rabat le 31/9/2020

Allouta Atcha

PPV: 222,00 DH  
 LOT: 623747  
 PER: 06/21

222,00  
 112,00  
 38,00  
 69,00 x 2 = 138,00  
 47,30 x 2 = 94,60

- 1, Augmentine 1g sachet  
 1 sachet x 3 j, 1 dt 7j = 3 sachets
- 2, GenDaxan 100mg  
 1 IN x 1 j, 1 dt 6j = 1 IN
- 3, Auroclis  
 1 cas x 3 j, 1 dt 7j = 3 cas
- 4, ENTergemine 100mg sachet  
 1 sachet x 3 j, 1 dt 7j = 3 sachets
- 5, Betadine Tulle 1 sachet  
 1 sachet x 3 j, 1 dt 7j = 3 sachets

LOT 398  
 EXP 11/22  
 PPV 1120H00

**06 12 00 12 06**

10, شارع الأمير مولاي عبد الله - الرباط  
 10, Avenue Prince Moulay Abdellah - Rabat  
 urgencetabib@gmail.com  
 INPE : 101166205 - ICE : 001603321000075

**URGENCE TABIB**  
 INP : 101166205  
 10, Av. Prince Moulay Abdellah  
 Rabat - Tél. 06 12 00 12 06  
 Dr. Anas BENSLAMA  
 Médecin des Urgences  
 Echographie



PPV (DH) : 38,80

LOT N° :

UT. AV. :

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Enterogermina, susp b 10 fl  
P.P.V : 60,00 DH  
6 118001 081653

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Enterogermina, susp b 10 fl  
P.P.V : 60,00 DH  
6 118001 081653

Distribué sous licence  
-- LAPROPHAN S.A.--  
21,rue des Oudaya  
Casablanca -- Maroc  
PPV : 47DH30

Distribué sous licence  
-- LAPROPHAN S.A.--  
21,rue des Oudaya  
Casablanca -- Maroc  
PPV : 47DH30

**Dr. Majid BEL HADJ SOULAMI**  
**Généraliste - Urgentiste**

Diplômé d'état de la Faculté de Médecine de Paris

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Médecin-conseil auprès du consulat général  
de France à Rabat

Visites et urgences médicales à domicile  
**08h00/22h00**



الدكتور مجيد بلحاج السلمي  
الطب العام والطوارئ

خريج كلية الطب بباريس  
داخلي بمستشفيات باريس سابقا  
مستشار طبي لدى القنصلية العامة  
الفرنسية بالرباط

زيارة ومستعجلات طبية منزلية  
**08h00/22h00**

Rabat le 3/9/2020

Alhouta Aicha

R - sue.

3, NFS

2, CRP

3, VS

4, Donogon complet

5, Test PCR Covid 19

6, Cholesterol total HDL LDL TG

+++ 7, Inleverant escan  
Penser  
R. Diet + Culture

**06 12 00 12 06**

10, شارع الأمير مولاي عبد الله - الرباط

10, Avenue Prince Moulay Abdellah - Rabat

urgencetabib@gmail.com

INPE : 101166205 - ICE : 001603321000075

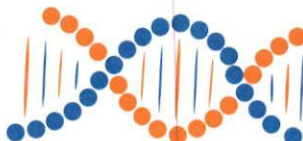
**LABORATOIRE AL KAWTHAR**  
Hay Massraou I, N°65, Av. Hassan II,  
Etage II, Tamara  
Fixe/Fax: 05 37 62 28 22  
Mail: aikawtharlabo@gmail.com

4 coupes  
vraie  
ambly  
calend de  
classer  
d'ambly

Dr. Anas BENSLAMA  
Médecin des Urgences  
Echographie

**URGENCE TABIB**  
INP : 101166205  
10, Av. Prince My Abdellah  
Rabat - Tel.: 06 12 00 12 06





107163396

Facture N° : **22009030006**

Edité le : 07/09/2020

Nom / prénom : **ALLOUTE Aicha**

Numéro de l'adhérent

Nom de l'assuré:

Lien de parenté

Prénom de l'assuré:

Numéro de prise en Charge

## FACTURE

Libellé analyse	Description
ATBBGN CHLORE CRP FORMULE LEUCOCYTAIRE CHOLESTEROL HDL CHOLESTEROL LDL HEMOGRAMME PLAQUETTES CYTOBACTERIOLOGIE TRIGLYCERIDES VITESSE DE SEDIMENTATION	CALCIUM CREATININE CHOLESTEROL TOTAL/HDL GLYCEMIE POTASSIUM MDRD SODIUM PROTIDES TOTAUX RESERVE ALCALINE UREE
Le nombre de B	880.00 B
Montant total du dossier	1 240.00 Dh

Cachet du laboratoire :

LABORATOIRE AL KAWTHAR  
Hay Massrouf I, N°65, Av. Hassan II,  
El Médina, Témara  
Fixe/Fax: 01 37 62 28 22  
Mail: alkawtharlabo@gmail.com

**Urgences**  
**24 / 24 - 7/7**



107163396

Temara le : 03/09/2020

**Mme ALLOUTE Aicha**

**Dr BENSLAMA ANAS**

Dossier N° : 2200903-0006 \*

prélèvement effectué à 18:20

## HEMATOLOGIE

### HEMOGRAMME

#### Numération globulaire

HEMATIES	3.96	Millions/mm <sup>3</sup>	(VR:3.70 à 4.97)
Hémoglobine	<b>13.9</b>	g/100ml	(VR:10.6 à 13.5)
Hématocrite	39.0	%	(VR:32.9 à 41.2)
VGM	<b>98.5</b>	μ <sup>3</sup>	(VR:77.7 à 93.7)
TCMH	<b>35.1</b>	pcg	(VR:25.3 à 30.9)
CCMH	35.6	%	(VR:31.0 à 36.0)
LEUCOCYTES	9.6	Milliers/mm <sup>3</sup>	(VR:4.4 à 9.7)

#### Formule leucocytaire

Poly. Neutrophiles	70.0	%	6 720	/mm <sup>3</sup>	(VR:2 000 à 7 150)
Poly. Eosinophiles	0.0	%	0	/mm <sup>3</sup>	(VR:30 à 270)
Poly. Basophiles	0.1	%	10	/mm <sup>3</sup>	(VR: < à 100)
Lymphocytes	24.5	%	2 352	/mm <sup>3</sup>	(VR:1 160 à 3 180)
Monocytes	5.4	%	518	/mm <sup>3</sup>	(VR:290 à 710)

PLAQUETTES	<b>142</b>	Milliers/mm <sup>3</sup>	(VR:186 à 353)
------------	------------	--------------------------	----------------

### VITESSE DE SEDIMENTATION

Première heure	10	mm	(VR:3 à 23)
----------------	----	----	-------------

## BIOCHIMIE SANGUINE

CRP	<b>112.00</b>	mg/l	(VR: < à 6.00)
Immunologique en phase solide			
GLYCEMIE à jeun	<b>1.36</b>	g/l	(VR:0.74 à 1.10)
	<b>7.55</b>	mmol/l	(VR:4.11 à 6.11)
UREE	<b>1.31</b>	g/l	(VR:0.10 à 0.50)
Enzymatique UV			
CREATININE	<b>11.52</b>	mg/l	(VR:5.00 à 11.00)
Cinétique UV	<b>102</b>	μmol/l	(VR:1.50 à 2.40)
CHOLESTEROL TOTAL	1.57	g/l	(VR:1.50 à 2.40)
	4.05	mmol/l	

**LABORATOIRE AL KAWTHAR**  
Dr. Kaoutar TAOURAGT  
Médecin Biologiste  
Hay Massrouj, N°65, 2<sup>ème</sup> étage - Avenue Hassan II Témara (En face de la préfecture Skhirat-Témara)  
ICE : 001685984000047 • Patente : 27936033 • CNSS : 4702933 • IF : 15217729 • INPE : 107163396  
Tél/Fax : +212 537 622 822 • E-mail : alkawtharlabo@gmail.com • Site Web : www.laboratoirealkawthar.com

**Urgences**  
24 / 24 - 7/7

حي مسرور 1، عمارة 65 الطابق الثاني، شارع الحسن الثاني - تمارة (أمام عمالة الصخيرات - تمارة)

Hay Massrouj I, N°65, 2<sup>ème</sup> étage - Avenue Hassan II Témara (En face de la préfecture Skhirat-Témara)

ICE : 001685984000047 • Patente : 27936033 • CNSS : 4702933 • IF : 15217729 • INPE : 107163396

Tél/Fax : +212 537 622 822 • E-mail : alkawtharlabo@gmail.com • Site Web : www.laboratoirealkawthar.com





107163396

Mme ALLOUTE AICHA  
Dr BENSLAMA ANAS

Dossier N° 22009030006

Page :2

CHOLESTEROL H.D.L. \_\_\_\_\_

0.21 g/l

(VR: > à 0.50)

CHOLESTEROL TOTAL / HDL \_\_\_\_\_

0.54 mmol/l  
7.48

(VR: > à 1.29)

(VR: < à 4.40)

CHOLESTEROL L.D.L. \_\_\_\_\_

Calcul selon la formule de Friedewald

1.05 g/l

(VR: < à 1.60)

2.70 mmol/l

(VR: < à 4.13)

TRIGLYCERIDES \_\_\_\_\_

1.56 g/l

(VR: 0.30 à 1.40)

1.78 mmol/l

(VR: 0.34 à 1.60)

POTASSIUM \_\_\_\_\_

Photométrie de flamme

3.32 mmol/l

(VR: 3.50 à 5.10)

SODIUM \_\_\_\_\_

Photométrie de flamme

145.00 mmol/l

(VR: 135.00 à 145.00)

CHLORE \_\_\_\_\_

Photométrique 2,4-Dichloroaniline (DCA)

107.70 mEq/l

(VR: 95.00 à 105.00)

BICARBONATES \_\_\_\_\_

Enzymatique UV

24.6 mEq/l

(VR: 22.0 à 29.0)

PROTIDES \_\_\_\_\_

Photométrique 2,4-Dichloroaniline (DCA)

63 g/l

(VR: 64 à 83)

CALCIUM \_\_\_\_\_

Photométrique 2,4-Dichloroaniline (DCA)

87 mg/l

(VR: 84 à 102)

2.18 mmol/l

(VR: 2.10 à 2.55)

LABORATOIRE AL KAWTHAR  
Dr. Kaoutar TAOURAGT  
Médecin Biologiste  
Hay Massrouj I, N°65, 2<sup>ème</sup> étage - Avenue Hassan II Témara  
ICE : 001685984000047 • Patente : 27936033 • CNSS : 4702933 • IF : 15217729 • INPE : 107163396  
Tél/Fax : +212 537 622 822 • E-mail : alkawtharlabo@gmail.com

Tournez la page S.V.P

**Urgences**  
24 / 24 - 7/7

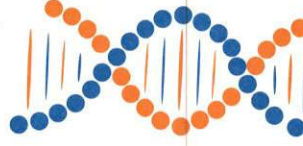
حي مسرور 1، عمارة 65 الطابق الثاني، شارع الحسن الثاني - تمارة (أمام عمالة الصخيرات - تمارة)

Hay Massrouj I, N°65, 2<sup>ème</sup> étage - Avenue Hassan II Témara (En face de la préfecture Skhirat-Témara)

ICE : 001685984000047 • Patente : 27936033 • CNSS : 4702933 • IF : 15217729 • INPE : 107163396

Tél/Fax : +212 537 622 822 • E-mail : alkawtharlabo@gmail.com • Site Web : www.laboratoirealkawthar.com





107163396

Mme ALLOUTE AICHA

Dr BENSLAMA ANAS

Dossier N° 22009030006

Page :3

Clairance de la créatinine (MDRD)

Créatinine sanguine 11.52 mg/l

Clairance 54.00 ml/mn/1.73m2

## Interpretation

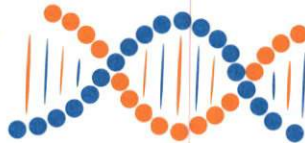
DFG (ml/min/1.73m <sup>2</sup> )	Stades ANAES	Stades NKY	Description
>90		1	DFG normal
60 à 90	Insuffisance rénale débutante	2	Atteinte rénale avec DFG légèrement diminué
30 à 60	Insuffisance rénale modérée	3	Atteinte rénale avec DFG avec diminution modérée du DFG
15 à 30	Insuffisance rénale sévère	4	Atteinte rénale avec DFG avec diminution sévère du DFG
<15	Insuffisance rénale terminale	5	Défaillance rénale

NB: le débit de filtration glomérulaire diminué de 0.5 à 1 ml/min/1.73m<sup>2</sup> par an

LABORATOIRE AL KAWTHAR  
Dr. Kaoutar TAOURAGT  
Médecin Biologiste  
Hay Massour I, N°65, 2<sup>ème</sup> étage - Avenue Hassan II Témara  
ICE : 001685984000047 • Patente : 27936033 • CNSS : 4702933 • IF : 15217729 • INPE : 107163396  
GSM: 06 61 30 60 18 • Tél/Fax : +212 537 622 822  
E-mail : alkawtharlabo@gmail.com

Tournez la page S.V.P

**Urgences**  
24 / 24 - 7/7



107163396

Mme ALLOUTE AICHA  
Dr BENSLAMA ANAS

Dossier N° 22009030006

Page :4

## CYTO-BACTERIOLOGIE

### CYTOBACTERIOLOGIE

Origine du prélèvement \_\_\_\_\_

Aspect \_\_\_\_\_

Escarre au niveau des fesses

Hématique

### EXAMEN CYTOLOGIQUE

Hématies \_\_\_\_\_

Leucocytes \_\_\_\_\_

Cellules.Epithéliales \_\_\_\_\_

Nombreuses hématies

Quelques leucocytes

Quelques cellules épithéliales

### EXAMEN MICROSCOPIQUE DIRECT

Gram \_\_\_\_\_

Numération de germe \_\_\_\_\_

Bacilles à Gram Négatif

1000 000 UFC/ ml

### CULTURE SUR MILIEUX SPECIFIQUES

Culture \_\_\_\_\_

Identification \_\_\_\_\_

Culture positive

Proteus mirabilis

### CULTURE SUR SABOURAUD

Culture \_\_\_\_\_

Négative

**LABORATOIRE AL KAWTHAR**  
Dr. Kaoutar TAOURAGT  
Médecin Biologiste  
Hay Massrouf N°65, 2<sup>ème</sup> étage - Avenue Hassan II Témara  
GSM: 06 61 36 80 18 • Tél/Fax: +212 537 622 822  
E-mail: alkawtharlabo@gmail.com

Tournez la page S.V.P

**Urgences**  
24 / 24 - 7/7

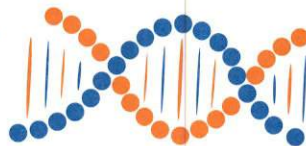
حي مسرور 1، عمارة 65 الطابق الثاني، شارع الحسن الثاني - تمارة (أمام عمالة الصخيرات - تمارة)

Hay Massrouf I, N°65, 2<sup>ème</sup> étage - Avenue Hassan II Témara (En face de la préfecture Skhirat-Témara)

ICE : 001685984000047 • Patente : 27936033 • CNSS : 4702933 • IF : 15217729 • INPE : 107163396

Tél/Fax : +212 537 622 822 • E-mail : alkawtharlabo@gmail.com • Site Web : www.laboratoirealkawthar.com





107163396

**Mme ALLOUTE AICHA**

Dr BENSLAMA ANAS

Dossier N° 22009030006

Page :5

## ANTIBIOGRAMME

Prélèvement : \_\_\_\_\_

prélèvement Escarre

Germe : \_\_\_\_\_

Proteus mirabilis

Antibiotique	Sensibilité
Amoxicilline_____	Sensible
Amox/Ac.Clavulanique_____	Sensible
Ceftazidime_____	Sensible
Ceftriaxone_____	Sensible
Cefoxitine_____	Sensible
Gentamicine_____	Sensible
Ticarcilline_____	Sensible
Sulfa/trimetho_____	Résistant
Fosfomycine_____	Sensible
Imipénem_____	Sensible
Ciprofloxacin_____	Sensible
Colistine_____	Résistant
Ac.Nalidixique_____	Sensible
Amikacine_____	Sensible
Piperacilline tazobactam_____	Sensible