

COMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Sécurité sociale :

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.

Éducation :

- 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

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.

N° M21- 064629

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 0955 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Khaloukai Soufiane

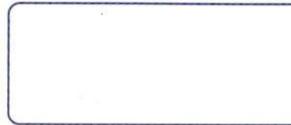
Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0662793058 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° M21-64629

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 :

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	
	
	
	
	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

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

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 canalaires, ainsi que le b...

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Soins 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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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 : 9955

Société : Amadeus Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Khalloufi Soufiane

Date de naissance : 08/04/1971

Adresse : N° 626, C.R. , Bouskoura

Tél. : 06 62 75 10 92

Total des frais engagés : 2536,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 15/08/2021

Nom et prénom du malade : El KHALLOUF Soufiane Age:

Lien de parenté : On lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : R.P. Pneumopathie

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 : 29/08/2021

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACEUTIQUE 16,Route Secondaire 109322320301 Katura Casa-Tel : 0019433600088	16/08/2023	336550

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	17/08/21	3.1140	1100,00 \$
	15/8/21	152235	600,00 \$

AUXILIAIRES MÉDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	A M	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
			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 canalaires, ainsi que le b

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 style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</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;">B</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> </table>		H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	B	00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
H	G																
25533412	21433552																
00000000	00000000																
D	B																
00000000	00000000																
35533411	11433553																
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

Dr Rachid EL KHETTAR**PNEUMOLOGUE - ALLERGOLOGUE****الدكتور رشيد الخطّار**اختصاصي في أمراض الرئة والحساسية
البالغين - الأطفال

Casablanca le : 16/08/2021

MR KHALLOUKI SOFIANE

- Azix 500 mg

1 comprimé ce soir puis 1/2 cp le soir 6 jours 1 boites

- Febrex

1 dose, matin, midi, soir 3 jours

- Vita c 1000

1cp, matin et midi pendant 15 jour(s)

- Zinaskin 45 mg

1 comprimé, matin 15 jours

- D-cure 25000 ui

1 ampoule par semaine 4 semaine

- Exomuc

1 sachet, matin, soir 10 jours

- Augmentin adulte 500 mg / 62,5 mg

2 comprimé, matin, et soir 8 jours

- Cardioaspirine 100 mg

1 cp le midi pendant 15 j

LOT : 6419
UT.AV: 01-24
PPV: 21DH00

LOT 21001
HER JAN 23
PPV 39DH00

PPV: 168,20 DH
LOT: 645199
PER: 05/22

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétysalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

Résidence Houssam Jassim

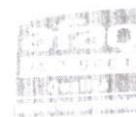
175,Rue Bouakra, Prés de l'Hôpital My Youssef - 3 ème Etage - Casablanca

TÉL : 0522 49 23 75 - 0675 35 24 35

E-mail : pneumorek@gmail.com



لaboratoire SQALLI d'Analyses Médicales



FACTURE N° : 210800787

Casablanca le 15-08-2021

Mr Soufiane KHALLOUKI

Demande N° 2108150104
Date de l'examen : 15-08-2021

Analyses :

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
	COVID PCR	B522.39	B

Total des B : 522.39

TOTAL DOSSIER : 600DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : six cents dirham s

Dr. Soufiane KHALLOUKI
LÉGALISATION
240 Taxisim Boucheur
Tél: 05 23 23 73 23 / 05 23 23 05 61
Cellulaire : 05 23 23 05 14

Code INPE : 093000214
AWB - Agence Rue Nassih Eddine
RIB : 007 780 0003555000000328 25



093000214

Dr Rachid EL KHETTAR
PNEUMOLOGUE - ALLERGOLOGUE

الدكتور رشيد الخطاطر
اختصاصي في أمراض الرئة والحساسية
البالغين - الأطفال

Cabinet d'Explorations Respiratoires



Casablanca le : 15/08/21

R. KHETTAR, Secrétaire

- PER CURE 19

~~Dr Rachid EL KHETTAR
Pneumologue
175, Rue Boukraa Casablanca
Tel: 05 22 49 23 75
ICF: CC 1584533000141~~

~~مختبر المختبرات الطبية
LABORATOIRE SALLI D'ANALYSES MEDICALES
Dr. BENMILLOUD
240, Bd Brahim Roudani Madrif
Casablanca - Patente: 35805014~~

Résidence Houssam Jassim

175,Rue Boukraa, Prés de l'Hôpital My Youssef - 3 ème Etage - Casablanca
Tél.: 0522 49 23 75 - 0675 35 24 35
E-mail : pneumorek@gmail.com



مختبر الصقلی للتحاليلات الطبية

Laboratoire SQALLI d'Analyses Médicales

Laboratoire certifié ISO 9001 V.2015



Dr. BENMILLOUD Loubna. Médecin biologiste.

Faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca

Diplôme universitaire de qualité en sciences de la santé

Diplôme d'hygiène hospitalière et prévention des infections nosocomiales

7j/7

Prélèvements à domicile
sur rendez-vous

Date du prélèvement : 15-08-2021 à 16:44

Code patient : 2108150104

Né(e) le : 08-04-1972 (49 ans)



Mr KHALLOUKI Soufiane

Dossier N° : 2108150104

Prescripteur :



BIOLOGIE MOLECULAIRE

Détection du génome du SARS CoV-2 par RT-PCR (COVID 19)

(KitGeneFinder COVID-19 Plus Real Amp)

Origine du prélèvement

Naso-pharyngé

Résultat

Recherche POSITIVE: Présence de l'ARN du virus
SARS-CoV 2

ORF8

25

RdRp

25

Passeport N°:

Un résultat de PCR négatif n'élimine pas le diagnostic. A confronter au contexte clinique et radiologique.

Au vu de la prévalence actuelle de circulation du SARS-CoV-2(COVID19), un résultat négatif doit être interprété avec prudence. En présence de symptômes cliniques significatifs, le maintien de mesures de protection reste recommandé.

SARS-CoV-2 (COVID) not detected: negative search for SARS-CoV-2 VIRUS RNA

In view of the current circulating prevalence of SARS-CoV-2 (COVID19), a negative result should be interpreted with caution.
In the presence of significant clinical symptoms, the maintenance of protective measures remains recommended.

Validé par : Dr. BENMILLOUD Loubna
مختبر الصقلی للتحاليلات الطبية
LABORATOIRE SQALLI D'ANALYSES MEDICALES
Dr. BENMILLOUD Loubna
240, Bd Brahim Roudani 105.22 Casablanca
طريق الحديدة 105.22 بشارع ابراهيم روداني 240
Loubna



LABORATOIRE BOUSKOURA D'ANALYSES MEDICALES

FACTURE N° : 210800241

BOUSKOURA le 17-08-2021

Mr KHALLOUKI Soufiane

INPE :



093062826

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Prélèvement	E25	E
0111	Créatinine	B30	B
0146	Transaminases O (TGO)	B50	B
0147	Transaminases P (TGP)	B50	B
0149	Troponine	B250	B
0154	Ferritine	B250	B
0182	Urée	B30	B
0216	Numération formule	B80	B
0370	CRP	B100	B
	D-Dimères	B300	B

Total des B : 1140

TOTAL DOSSIER : 1100.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : mille cent dirhams s.

ICP: 00212211190002
TEL: 0622 01 22 01 / 0602 78 71 11
IMM: SATH MARRAKCHI 3 BOUDDAOU
Laboratoire d'Analyses Médicales
[Handwritten signature over the stamp]

Dr Rachid EL KHETTAR
PNEUMOLOGUE - ALLERGOLOGUE

الدكتور رشيد الخطّار
اختصاصي في أمراض الرأة والحساسية
البالغين - امْرُّأُطْفَال



Casablanca le : 16/08/2021

MR KHALLOUKI SOUFIANE

NFS CRP
Ddimères
Ferritine
troponine
TGO TGP
urée créatinine

Résidence Houssam Jassim

175.Rue Boukraa. Prés de l'Hôpital My Youssef - 3 éme Etage - Casablanca

TÉL : 0522 49 23 75 - 0675 35 24 35

https://192.168.1.25/pratisoft/v7240-18824/prescription/list

E-mail : pneumorek@gmail.com



مختبر بوسكورة للتحاليل الطبية

Laboratoire BOUSKOURA d'Analyses Médicales

Biochimie - Hématologie - Immunologie - Hormonologie - Bactériologie - Virologie
Parasitologie - Mycologie - Biologie de la reproduction

Dr Zeineb Laalej
Médecin Biologiste

21080768 – Mr KHALLOUKI Soufiane

HEMOSTASE

D-Dimères <250.00 ng/mL (<400.00)
(ELFA Vidas (Biomérieux))

Interprétation:
< 500: Résultat négatif
> ou = à 500 : Résultat positif

Intérêt des D-Dimères
– Exclusion des troubles thrombotiques tels que thrombose veineuse profonde (TVP) et Embolie Pulmonaire (EP)
– le diagnostic de CIVD
– La détection précoce du processus fibrinolytique
– Surveillance de l'évolution de la thrombolyse et la réponse au traitement thrombolytique

BIOCHIMIE SANGUINE

Protéine C-réactive (CRP) 1.2 mg/L (<6.0)
(Dosage par Immunoturbidimétrie)

Urée 0.24 g/L (0.15–0.42)
(Méthode Enzymatique – Cinétique) 4.00 mmol/L (2.50–7.00)

Créatinine 10.7 mg/L (7.0–13.0)
(Méthode Cinétique de Jaffé) 94.7 µmol/L (61.9–115.0)

Transaminases GPT (ALAT) 10 UI/L (0–35)
(Méthode Enzymatique – Cinétique)

Transaminases GOT (ASAT) 14 UI/L (0–40)
(Méthode Enzymatique – Cinétique)

Ferritine 139.30 ng/ml (27.00–375.00)
(ELFA AIA-360)

MARQUEURS CARDIAQUES

Troponine I Ultra Sensible <1.50 ng/L (<19.00)
(ELFA Vidas High Sensitive Troponin I (TNHS))

Validé par: Dr LAALEJ Zeineb
Laboratoire Bouskoura
d'Analyses Médicales
Imm Salhi Mahir 1^{er} étage N° 3 Bouskoura
Tel: 0522 01 22 01 / 06 62 787 187
ICE: 002133312300022



مختبر بوسكورة للتحاليل الطبية

Laboratoire BOUSKOURA d'Analyses Médicales

Biochimie - Hématologie - Immunologie - Hormonologie - Bactériologie - Virologie
Parasitologie - Mycologie - Biologie de la reproduction

Dr Zeineb Laalej
Médecin Biologiste

Date du prélèvement : 17-08-2021 à 11:04

Code patient : 21080768

Né(e) le : 08-04-1972 (49 ans)

Mr KHALLOUKI Soufiane

Dossier N° : 21080768

Prescripteur : Dr EL KHETTAR RACHID



HEMATOLOGIE

NUMERATION FORMULE SANGUINE (BC-5380 MINDRAY)

"Les valeurs de référence sont automatiquement éditées en fonction de l'âge, du sexe, état physiologique du patient(e)"

NUMERATION GLOBULAIRE

GLOBULES ROUGES :

HEMOGLOBINE :

HEMATOCRITE :

VGM :

TCMH :

CCMH :

4.90 M/mm³ (4.50–6.20)

14.9 g/dL (13.0–18.0)

46.5 % (39.0–53.0)

94.9 fL (80.0–99.0)

30.4 pg (27.0–33.5)

32.0 g/dL (31.0–36.0)

LEUCOCYTES :

5 620 /mm³ (3 900–11 000)

FORMULE LEUCOCYTAIRE

POLYNUCLEAIRES NEUTROPHILES :

Soit:

49.4 %

2 776 /mm³ (1 500–7 500)

POLYNUCLEAIRES EOSINOPHILES:

Soit:

2.9 %

163 /mm³ (0–600)

POLYNUCLEAIRES BASOPHILES :

Soit:

0.6 %

33.7 /mm³ (0.0–200.0)

LYMPHOCYTES :

Soit:

36.9 %

2 074 /mm³ (1 000–4 400)

MONOCYTES :

Soit:

10.2 %

573 /mm³ (<1 100)

PLAQUETTES :

VMP

222 000 /mm³ (150 000–450 000)

9 μm³ (6–11)