

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## iologie 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.

## que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de réeducations.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

## taire :

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.

## adie 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

Nº M21- 067268

ND 890348

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 11811 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL Aouni Khoulaoud.

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06.61.18.20.07 Total des frais engagés : ..... Dhs

Autorisation CNPD N° : A-A-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ...../...../.....

Nom et prénom du malade : Khoulaoud. Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :

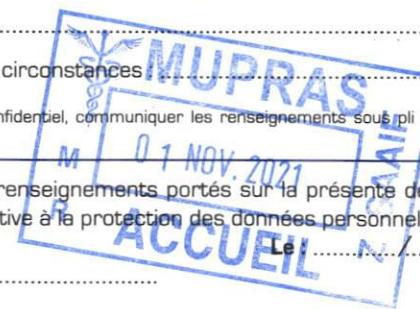
En cas d'accident préciser les causes et circonstances

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 : .....

Signature de l'adhérent(e) : .....



## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie Nº M21-67268

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
3.9.2021		CS	3000 DT	INP : 0910001198
				Dr ABOUGHALEM KHALID Gastro - Entérologie 21, Place Pasteur Q.H - Casa Tel : 05 22 48 36 80 INP : 0910001198

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	06.09.21	B1530	2243,10

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

#### VIOLET ADHERENT

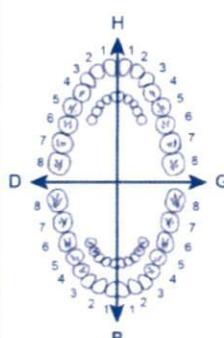
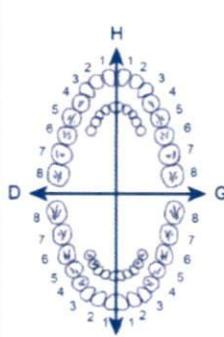
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## **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 bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				

## 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° W19-563094

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	Société :		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : EL AOUNI K Houcoud			
Date de naissance : 01-10-1977			
Adresse : 066118257			
Tél. : Total des frais engagés : Dhs			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : Dr ABOUGHALEM KHALID Gastro - Entérologie 21, Place Pasteur Q.H - Casab Tel. : 05 22 48 36 80 INP : 091001198			
Date de consultation : 3.9.21			
Nom et prénom du malade : EL AOUNI K Houcoud Age : Trouble Digestif			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Trouble Digestif			
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° W19-563094
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 :	

**Docteur Khalid ABOUGHALEM**

Spécialiste des Maladies de L'Appareil Digestif

ENDOSCOPIE - HEMORROÏDES

sur rendez-vous



**الدكتور خالد أبو غلم**

اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي

التنظير الداخلي - البواسير

باطوعد

Casablanca, le : 3.9.2021 الدار البيضاء في :

N° : El Aouni Khouloud

- T<sub>3</sub>

- T<sub>4</sub>

- TSH.

- NFS + pg

- femme.

- vitamine D

Mme EL AOUNI Khouloud  
01-10-1980  
2109043150



SUR CAHIER  
ABOUGALEM



Dr ABOUGHALEM KHALID  
Gastro - Entérologie  
21, Place Pasteur O.H - Casa  
Tél : 05 22 48 36 80  
INP : 091001198

**Docteur Khalid ABOUGHALEM**

Spécialiste des Maladies de L'Appareil Digestif

ENDOSCOPIE - HEMORROÏDES

sur rendez-vous



**الدكتور خالد أبو علم**

اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي

التنظير الداخلي - البواسير

بالموعد

Casablanca, le : ..... 3.9.2021 الدار البيضاء في :

7' er Aouni KHOULOU

MOPRAL 20

2 gel par jour le matin

peut 28 jours

Carboxane

1 cp 3x/j, matin

Dr ABOUGHALEM KHALID  
Gastro - Entreologie  
21, Place Pasteur Q.H - Casa  
Tél : 05 22 48 36 80  
INP : 091001198

**LABORATOIRE  
CASALAB PALMIER SCP**

**Dr. Mohammed BEZZARI**

Médecin Biologiste

Diplômé de l'université Catholique  
de Louvain à Bruxelles, Belgique



**مختبر التحاليل الطبية**

**Dr. Kaoutar OUAZZANI**

Pharmacien Biologiste

Diplômé de l'université Paris Descartes  
Ancienne résidente du CHU Ibn Rochd

**FACTURE N° 2109043150**  
LABORATOIRE CASALAB PALMIER

Casablanca le 04/09/2021  
INPE : 093002574

**Mme Khouloud EL AOUNI**

Demande N° 2109043150

Date de l'examen : 04/09/2021

Récapitulatif des analyses		
Analysé		Clé
Prise de sang Adulte		E25
Ferritine		B250
Numération Formule (Globules rouges/Blancs/plaquettes)		B80
TSH		B250
Vitamine D		B450
T3 Libre		B300
T4 libre (FT4)		B200

Total des B : 1530  
Total à payer : **2243.50** Dirhams

Arrêtée la présente facture à la somme de :

**deux mille deux cent quarante-trois dirhams cinquante centimes**



**Dr. Mohammed BEZZARI**

Médecin Biologiste

Diplômé de l'université Catholique  
de Louvain à Bruxelles, Belgique



Urgences 24h/24 7j/7

**Dr. Kaoutar OUAZZANI**

Pharmacien Biologiste

Diplômé de l'université Paris Descartes  
Ancienne résidente du CHU Ibn Rochd

**LABORATOIRE CASALAB PALMIER®**

Dossier N°: **2109043150**

Résultats de : **Mme EL AOUNI Khouloud**

Né(e) le : 01/10/1980 – 40 ans

N° CIN : BL4385

Date du prélèvement : 04/09/2021 11:28. ASS

Edition du : 15/09/2021 à 10:05

**Monsieur Le Dr KHALID ABOUGHALEM (Gastro)**

Cher confrère, nous vous remercions de votre confiance, et nous vous transmettons les résultats de votre patient.

< Compte-rendu complet >

**HEMATOCYTOLOGIE**

**HEMOGRAMME**

(SYSMEX XN-1000)

21/05/2021

Leucocytes :	6,07	10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>	(3,90–10,20)	6,97
Hématies :	4,54	10 <sup>6</sup> /mm <sup>3</sup>	(3,90–5,20)	4,74
Hémoglobine :	12,70	g/dL	(12,00–15,60)	13,60
Hématocrite :	38,2	%	(35,5–45,5)	41,9
VGM :	84,1	fL	(80,0–99,0)	88,4
TCMH :	28,0	pg	(27,0–33,5)	28,7
CCMH :	33,2	g/dL	(31,5–36,0)	32,5
RDW :	13,2	%	(0,0–18,5)	13,9

**Formule leucocytaire :**

Neutrophiles :	48,9	%	48,2
Soit:	2 968	/mm <sup>3</sup>	(1 400–7 700)
Eosinophiles :	2,3	%	3,3
Soit:	140	/mm <sup>3</sup>	(20–580)
Basophiles :	0,8	%	1,3
Soit:	49	/mm <sup>3</sup>	(0–110)
Lymphocytes :	38,9	%	38,9
Soit:	2 361	/mm <sup>3</sup>	(1 000–4 800)
Monocytes :	9,1	%	8,3
Soit:	552	/mm <sup>3</sup>	(150–1 000)
<b>Plaquettes:</b>	294	10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>	579
			350

Dossier n° 2109043150 – Mme Khouloud EL AOUNI

1 / 4



**Dr. Mohammed BEZZARI**

Médecin Biologiste

Diplômé de l'université Catholique  
de Louvain à Bruxelles, Belgique



**Dr. Kaoutar OUAZZANI**

Pharmacien Biologiste

Diplômé de l'université Paris Descartes  
Ancienne résidente du CHU Ibn Rochd

## BIOCHIMIE

21/05/2021

**Ferritine:**

(ECLIA sur cobas 6000.)

56,0 ng/ml

(13,0-150,0)

19,0

**Domaine de référence pour les adultes :**

Hommes de 20 à 60 ans : 30 à 400 ng/ml  
Femmes de 17 à 60 ans : 13 à 150 ng/ml

**Domaine de référence pour les enfants :**

< 1 an	: de 12 à 327 ng/ml
de 1 à 3 ans	: de 6 à 67 ng/ml
de 4 à 6 ans	: de 4 à 67 ng/ml
de 7 à 12 ans filles	: de 7 à 84 ng/ml
de 7 à 12 ans garçons	: de 14 à 124 ng/ml
de 13 à 17 ans filles	: de 13 à 68 ng/ml
de 13 à 17 ans garçons	: de 14 à 152 ng/ml

**25-OH-Vitamine D (D2+D3)**

(COBAS 6000)

34,36 ng/mL

(30,00-100,00)

Interprétation des résultats:

- <10 ng/ml : Carence
- Entre 10 et 30 ng/ml: Déficit
- Entre 30 et 100 ng/ml : Normal
- >100 ng/ml : Toxicité potentielle

Dossier n° 2109043150 de Mme Khouloud EL AOUNI



**Dr. Mohammed BEZZARI**

Médecin Biologiste

Diplômé de l'université Catholique  
de Louvain à Bruxelles, Belgique



Urgences 24h/24 7j/7

**Dr. Kaoutar OUAZZANI**

Pharmacien Biologiste

Diplômé de l'université Paris Descartes  
Ancienne résidente du CHU Ibn Rochd

## BILAN ENDOCRINIEN

13/08/2020

**TSH:**

(ECLIA sur COBAS 6000)

0,84 mUI/L

(0,27-4,20)

0,78

### Valeurs de référence selon diagnostic -roche :

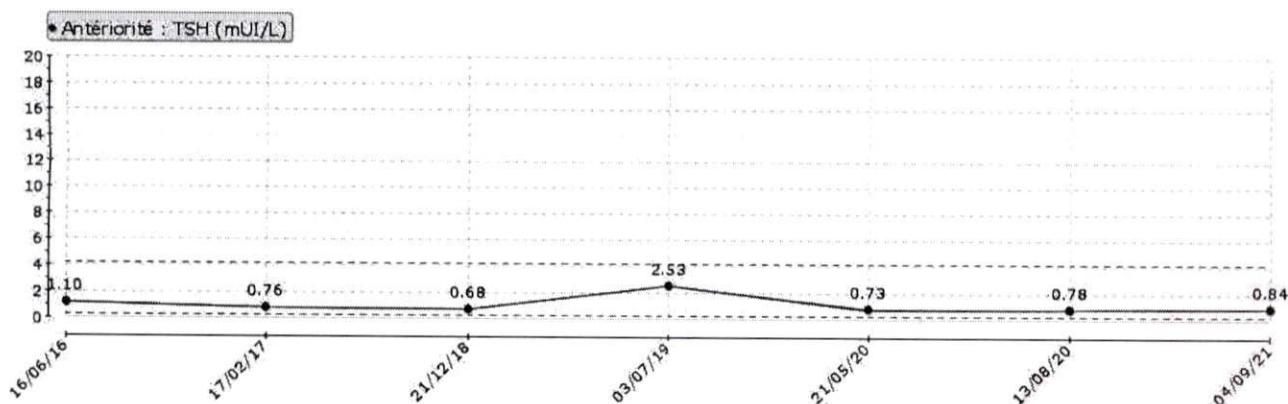
**Adultes :** 0,27 à 4,2 mUI/L

**Enfants :**

0j à 6j :	0,70 à 15,2 mUI/L
6j à 3 mois :	0,72 à 11,0 mUI/L
3 à 12 mois :	0,73 à 8,35 mUI/L
1 à 6ans :	0,70 à 5,97 mUI/L
6 à 11ans :	0,60 à 4,84 mUI/L
11 à 20 ans :	0,51 à 4,30 mUI/L

**Femmes enceintes :** < 2 mUI/L

*NB : La TSH s'abaisse au cours des 3 premiers mois de grossesse.*



Dossier n° 2109043150 de Mme Khouloud EL AOUNI

3 / 4



# LABORATOIRE CASALAB PALMIER SCP

Dr. Mohammed BEZZARI

Médecin Biologiste

Diplômé de l'université Catholique  
de Louvain à Bruxelles, Belgique



مختبر  
التحليلات الطبية

Dr. Kaoutar OUAZZANI

Pharmacien Biologiste

Diplômé de l'université Paris Descartes  
Ancienne résidente du CHU Ibn Rochd

03/07/2019

## T3 – Triiodothyronine Libre:

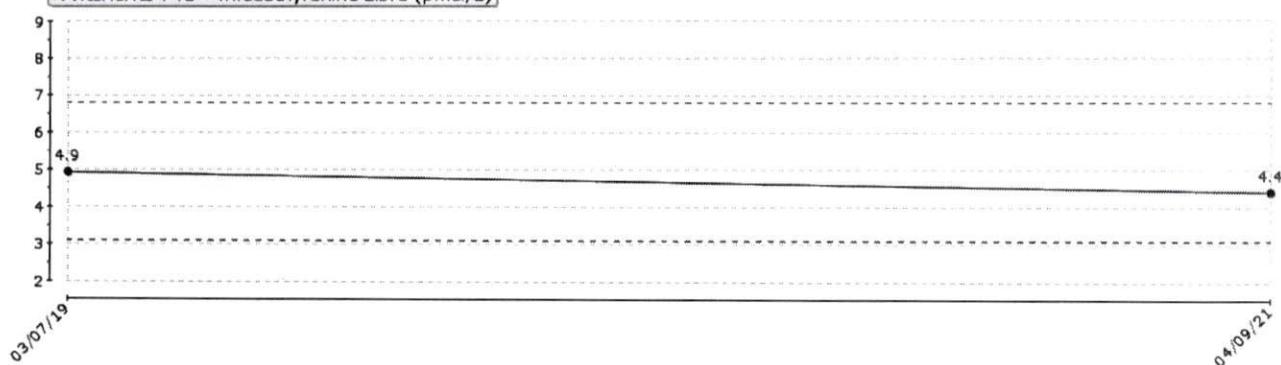
(ECLIA sur COBAS 6000)

4,4 pmol/L

(3,1-6,8)

4,9

• Antériorité : T3 - Triiodothyronine Libre (pmol/L)



03/07/2019

## T4L – Thyroxine libre:

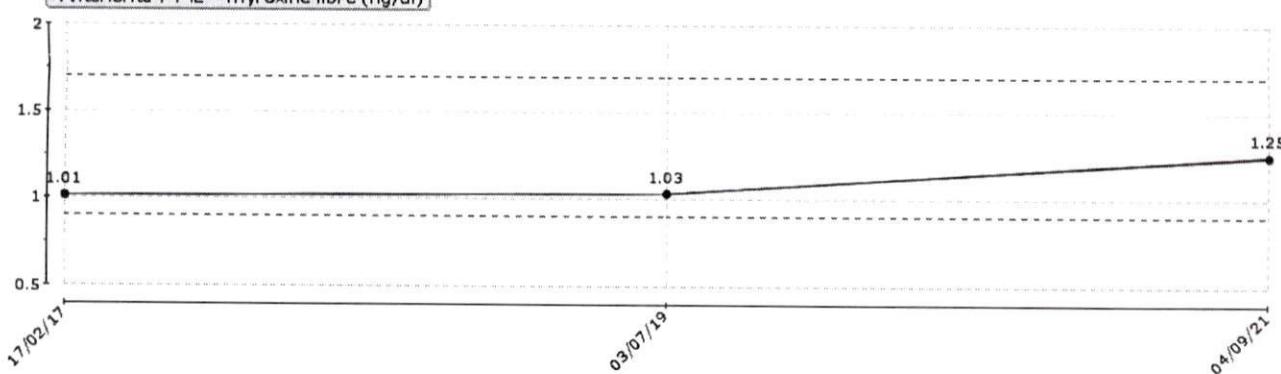
(ECLIA sur COBAS 6000)

1,25 ng/dl

(0,90-1,70)

1,03

• Antériorité : T4L – Thyroxine libre (ng/dl)



Validation biologique par : Le Dr M. BEZZARI Dr K. OUAZZANI

Le Dr M. JENANE



Dossier n° 2109043150 de Mme Khouloud EL AOUNI

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES CASALAB PALMIER SCP

50, Rue Al Mortada - Palmier - Casablanca

05 22 236 717 / 05 22 988 383 05 22 236 729 contact@casalabpalmier.com

IF : 37741235 • Patente : 34771789 • CNSS : 6576120 • ICE : 002189772000081

