

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

## Informations 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.

## Educations :

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.

## Prothèse 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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° M21- 081029

ND: 102379

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1646 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Karim Mohamed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 48 84 72 10 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Karim Mohamed 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° M21-81029

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 :



# 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

- Reclamation : 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.

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° M21- 0056415

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1646 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraité

Nom & Prénom : KARIM Mohamed

Date de naissance : 21/01/1953

Adresse : Lt Nassim N° 302 Hay Nassim

Gueliz Casablanca

Tél : 06 89 94 22 10 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21/01/2022

Nom et prénom du malade : KARIM Mohamed Age :

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

Nature de la maladie : AVC ischémique H-T-A

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 : 21/01/2022

Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M21-056415

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 :



# 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
21/11/22	STC	300.-		

# 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
LABORATOIRE EL KHALIL Dr. Houda OUALI ALAMI MEDECIN RADIOLOGISTE	24/10/22	B-626	1740DH

# AUXILIAIRES MEDICAUX

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

# VOLET ADHERENT

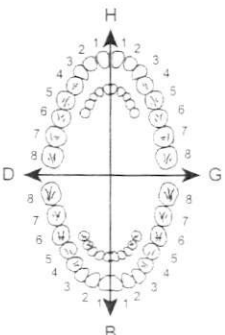
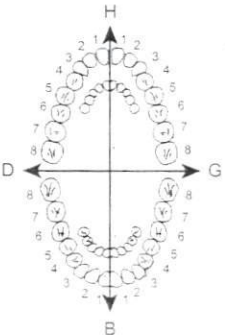
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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															
				Coefficient DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></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



مضحة أمراض القلب الدار البيضاء - الوازيس

**CLINIQUE Cardiologique Casa-Oasis**

Cardiologie / Cardiologie Interventionnelle / Radiologie Vasculaire Interventionnelle

Chirurgie Cardio Vasculaire et Thoracique

**Coro-Scanner / 128 barrettes**

Le 21/04/2022

الدكتور محمد علاوي

**Dr. Mohamed ALLAOUI**

**CARDIOLOGUE**

DES de Cardiologie

et

Pathologie Vasculaire

de la Faculté

de

Médecine de PARIS

Ancien Interne

des

Hôpitaux de NANCY

Membre de la Société

Française de Cardiologie

Mr Karim Mohamed

HbA1c , K<sup>+</sup> , Na<sup>+</sup>

acide urique

LDL; HDL; TG ; CT

urée , créat

ALAT , ASAT

LABORATOIRE EL KHALIL

Mr KARIM Mohamed

Né(e) le : 01-01-1953 M



2201240098

A coller sur l'ordonnance

ORDO

**Dr. ALLAOUI Mohamed**  
Cardiologue  
20, Rue de France Ville Oasis - Casa  
Tél: 0522 98 07 06 - Fax: 0522 98 83 25

**LABORATOIRE EL KHALIL**  
252, Bd Elkhail, Hay My Abdelhak Ain Chock  
Tél: 05 22 52 62 52 / Fax: 05 22 21 10 90 / NG  
M. EL KHALIL  
M. EL KHALIL

20, Rue France Ville - Oasis - CASABLANCA 20000 الدار البيضاء - الوازيس - زنقة فرانس فيل - 20

Tél. : 05 22 98 75 75 / 05 22 98 07 06 / 05 22 99 49 72 - Fax : 05 22 98 83 25 - GSM : 06 72 29 45 14 - 06 72 29 47 13 - 06 72 29 48 72

E-mail : clinique\_cardiologique@hotmail.com - Patente : 34788311 - C.N.S.S : 7379622 - I.F. : 01006967 - I.C.E : 001750502000084

N° Cpte : 190 780 21211 430 4969 0009 74 Banque Centrale Populaire - Casablanca



INPE :



093061166

**FACTURE N° : 2201240098**

Casablanca le 24-01-2022

**Mr Mohamed KARIM**

Demande N° 2201240098

Analyses :

Récapitulatif des analyses			
CN	Analyse	Val	Clefs
0100	Acide urique	B30	B
0106	Cholestérol total	B30	B
0108	Cholestérol H D L	B50	B
0109	Cholestérol L D L	B50	B
0111	Créatinine	B30	B
0119	Hémoglobine glycosylée	B100	B
0131	Potassium	B30	B
0133	Sodium	B30	B
0134	Triglycérides	B60	B
0135	Urée	B30	B
0146	Transaminases O (TGO)	B50	B
0147	Transaminases P (TGP)	B50	B
0216	Numération formule	B80	B

Total des **B** : 620

Total des **E** : 0.00

TOTAL DOSSIER : 740.00DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : **sept cent quarante dirhams**

252, Bd EL KHALIL, Hay My Abdellah, Ain Chok, Casablanca  
 0522 25 62 52 / FAX: 05 22 21 10 90 / NC  
 MEDICIN BIOLOGISTE  
 Dr. Hoda OUALI ALAMI  
 LABORATOIRE EL KHALIL

252, Bd. EL KHALIL , Hay My Abdellah, Ain Chok, Casablanca– Tél : 0522526252 / FAX: 0522211090

E-Mail : labo.elkhalil@gmail.com - Patente n° 34046060 - I.F. n° 15214903 - CNSS : 4204096

252, Boulevard El Khalil, Hay Moulay Abdellah, Ain Chock - Casablanca  
 Tél : 05 22 52 62 52 / Fax : 05 22 21 10 90 - E-mail : labo.elkhalil@gmail.com / E-mail-2 : h.oualialami@gmail.com  
 Patente : 34046060 - I.F. : 15214903 - CNSS : 4204096 - R.C. : 421712 - ICE : 0014039040000001

**Date du prélèvement : 24-01-2022**

**Code patient : 1809120107**

**Né(e) le :** 01-01-1953 (69 ans)

**Mr Mohamed KARIM**

Dossier N° : 2201240098

Prescripteur : Dr MOHAMED ALLAOU



## HEMATOLOGIE

**HEMOGRAMME (Automate : HORIBA Medical ABX PENTRA 80 XL)**

(Les valeurs de référence sont en fonction de l'âge, du sexe, de l'état physiologique du patient, une éventuelle grossesse...)

13-04-2021

<b>Hématies :</b>	<b>3,36</b>	Millions/mm3	(4,00–5,65)	5,13
<b>Hémoglobine :</b>	<b>9,9</b>	g/dL	(12,5–17,2)	13,9
<b>Hématocrite :</b>	<b>30,4</b>	%	(37,0–50,0)	44,6
VGM :	90	fL	(80–101)	87
TCMH :	29	pg	(27–34)	27
CCMH :	32,6	g/dL	(28,0–36,0)	31,2
<b>Leucocytes :</b>	8 170	/mm3	(3 600–10 500)	9 140
Polynucléaires Neutrophiles :	68	%		65
<i>Soit:</i>	5 556	/mm3	(2 000–7 500)	5 941
Lymphocytes :	22	%		24
<i>Soit:</i>	1 797	/mm3	(1 000–5 000)	2 194
Monocytes :	7	%		8
<i>Soit:</i>	572	/mm3	(<1 100)	731
Polynucléaires Eosinophiles :	2	%		2
<i>Soit:</i>	163	/mm3	(0–600)	183
Polynucléaires Basophiles :	1	%		1
<i>Soit:</i>	82	/mm3	(0–150)	91
<b>Plaquettes :</b>	302 000	/mm3	(150 000–450 000)	326 000
VMP	9,4	µm3	(6,0–11,0)	9,1

**Commentaire :**

**Anémie normochrome normocytaire.**

### Prélèvement à domicile sur Rendez-vous

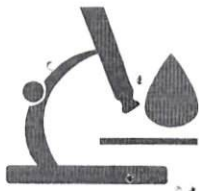
Page 1 / 4

252, Boulevard El Khalil, Hay Moulay Abdellah, Ain Chock - Casablanca

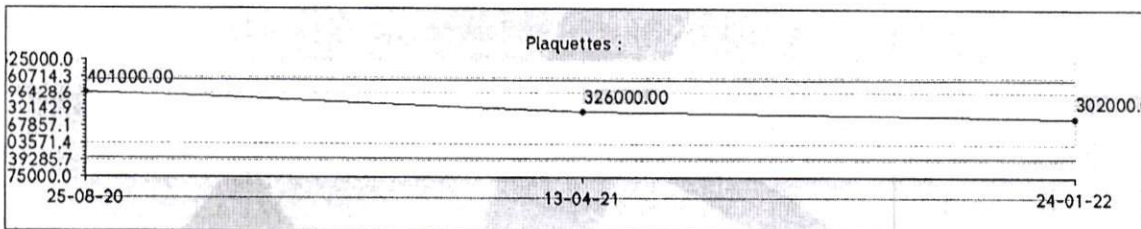
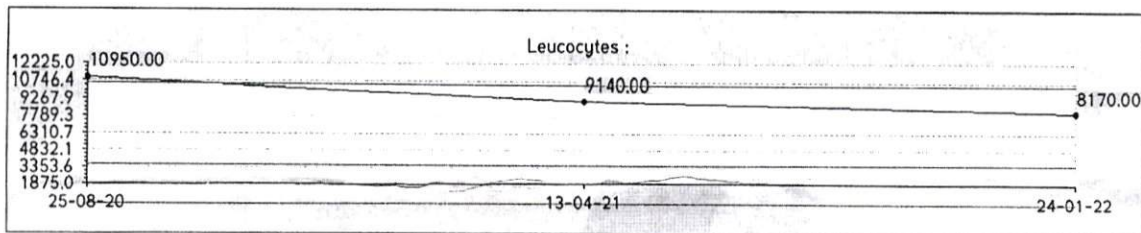
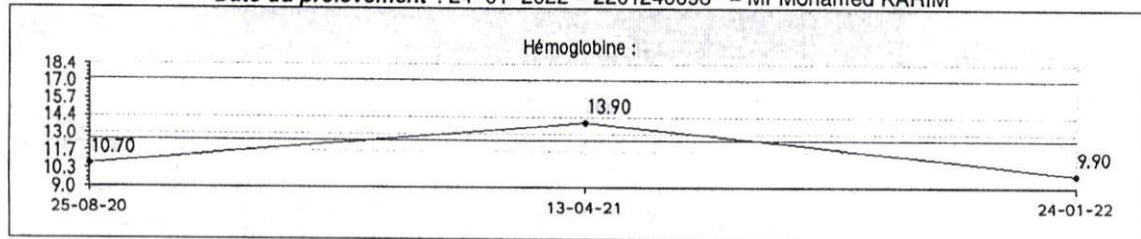
Tél : 05 22 52 62 52 / Fax : 05 22 21 10 90 - E-mail-1 : labo.elkhalil@gmail.com / E-mail-2 : h.ovalialami@gmail.com

Patente : 34046040 - LE : 15214903 - CNSS : 4204096 - R.C. : 421712 - ICF : 001603906000091





Date du prélèvement : 24-01-2022 - 2201240098 - Mr Mohamed KARIM



### BIOCHIMIE SANGUINE

#### Sodium (Na)

(Electrode sélective d'ions - AU480 BECKMAN)

136 mmol/L (135-145)

#### Potassium (K)

(Electrode sélective d'ions - AU480 BECKMAN)

5,40 mmol/L (3,50-5,10)

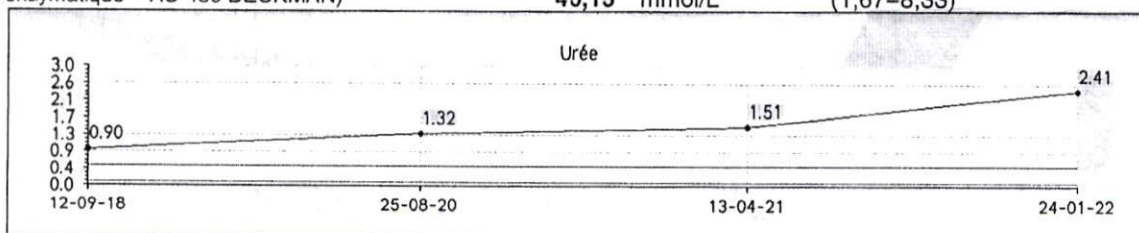
#### Urée

(Dosage enzymatique - AU 480 BECKMAN)

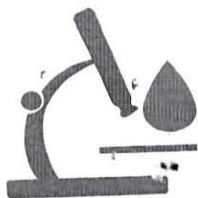
2,41 g/L (0,10-0,50)  
40,15 mmol/L (1,67-8,33)

13-04-2021

1,51



LABORATOIRE EL KHALIL  
DR. HODA OUALI ALAMI  
MÉDECIN BILOGISTE  
252 BOULEVARD EL KHALIL, HAY MOULAY ABDELLAH, AIN CHOCK - CASABLANCA  
Tél: 05 22 52 62 52 / Fax: 05 22 21 10 90 - E-mail: 1: labo.elkhalil@gmail.com / E-mail: 2: h.oualialami@gmail.com



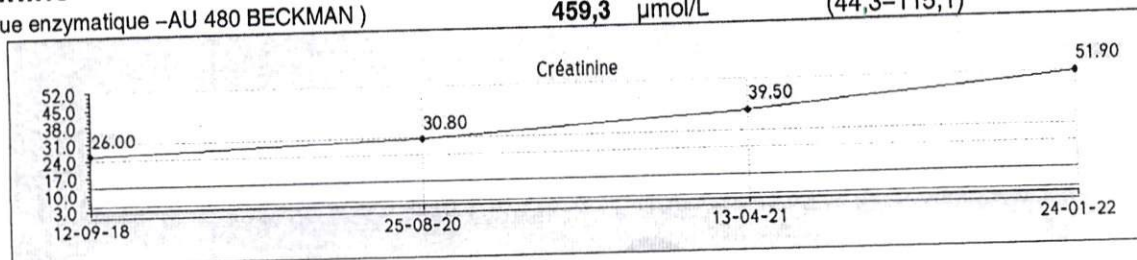
Date du prélèvement : 24-01-2022 – 2201240098 – Mr Mohamed KARIM

**Créatinine**

(Technique enzymatique – AU 480 BECKMAN)

51,9 mg/L (5,0–13,0)  
459,3 µmol/L (44,3–115,1)

13-04-2021  
39,5



**Estimation du Débit de Filtration Glomérulaire (DFG) selon MDRD (Modification of Diet in Renal Disease)**

13-04-2021  
16

**Clairance de la créatinine estimée selon MDRD**

(Race caucasienne)

12 mL/min

\* MDRD = Modification of Diet in Renal Disease

\* Interprétation du débit de filtration glomérulaire (DFG) selon les recommandations internationales (HAS) :

- Clairance de la créatinine normale : > à 60 mL/min
- Insuffisance rénale modérée : 30 – 60 mL/min
- Insuffisance rénale sévère : 15 – 30 mL/min
- Insuffisance rénale terminale : < à 15 mL/min

**Acide Urique**

(Dosage enzymatique – AU 480 BECKMAN)

81 mg/L (35–70)  
0,48 mmol/L (0,21–0,42)

13-04-2021  
6,3

**Hémoglobine glyquée (HbA1c)**  
(Tosoh Biosciences GX – HPLC)

6,5 % (4,0–6,0)

**Variant Hémoglobine**

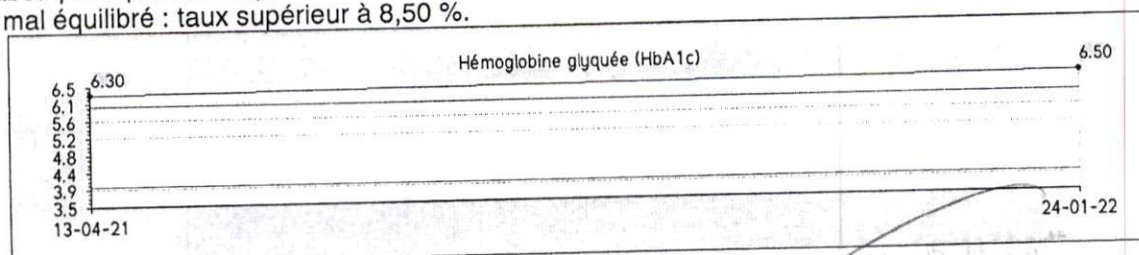
Absence de variant d'hémoglobine

**Valeurs de référence :**

Sujet normoglycémique : 4,00 à 6,00 % de l'hémoglobine totale.

Sujet diabétique équilibré : objectif ciblé autour de 6,50 %.

Diabète mal équilibré : taux supérieur à 8,50 %.







# LABORATOIRE EL KHALIL D'Analyses Médicales et Biologiques

Biochimie - Bactériologie - Hématologie - Immunologie - Hormonologie - Oncologie - Parasitologie - Mycologie - Virologie - Spermiologie

Dr. Hoda OUALI ALAMI

Médecin Biologiste  
Diplômée de la Faculté de Médecine de Rabat

د. هدى الوالي العلمي

Date du prélèvement : 24-01-2022 - 2201240098 - Mr Mohamed KARIM

**Triglycérides** 0,90 g/L (0,35-1,50)  
(Dosage enzymatique - AU 480 BECKMAN) 1,03 mmol/L (0,40-1,71)  
Résultats sous réserve d'un respect stricte de 12 heures de jeûn

**Cholestérol total** 0,91 g/l (1,30-2,00)  
(Dosage enzymatique - AU 480 BECKMAN) 2,35 mmol/L (3,36-5,17)  
Résultats sous réserve d'un respect stricte de 12 heures de jeûn

**HDL-Cholestérol** 0,28 g/L (0,35-0,94)  
(Immuno-turbidimétrie - AU 80 BECKMAN) 0,72 mmol/L (0,91-2,43)

**LDL-Cholestérol** 0,45 g/L  
(Calculé selon la formule de Friedwald.) 1,16 mmol/L

Valeurs cibles du LDL-Cholestérol selon les recommandations ANSM:

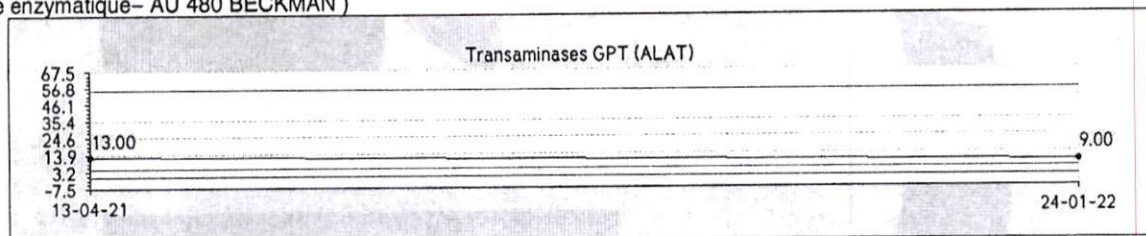
- 0 Facteur de risque : LDL < 2,20 g/L (5,70 mmol/L)
- 1 Facteur de risque : LDL < 1,90 g/L (4,90 mmol/L)
- 2 Facteurs de risque : LDL < 1,60 g/L (4,14 mmol/L)
- Plus de 2 facteurs de risque : LDL < 1,30 g/L (3,36 mmol/L)
- Antécédent de maladie cardiovasculaire avérée : LDL < 1,00 g/L (2,58 mmol/L)

Facteurs de risque : Diabète, Tabac, HTA, Obésité, Age > 60 ans, HDL < 0,40 g/L, Sédentarité, ATCD de maladie cardiovasculaire familiale.

**Transaminases GPT (ALAT)** 9 UI/L (5-55)  
(Dosage enzymatique - AU 480 BECKMAN)

13-04-2021

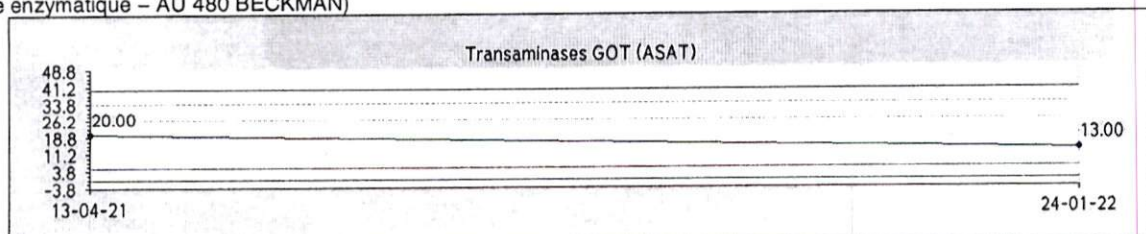
13



**Transaminases GOT (ASAT)** 13 UI/L (5-40)  
(Dosage enzymatique - AU 480 BECKMAN)

13-04-2021

20



Validé par : Dr Hoda OUALI ALAMI

LABORATOIRE EL KHALIL  
Dr. Hoda OUALI ALAMI  
MEDECIN BILOGISTE  
252, Bd El Khalil, Hay Moulay Abdellah, Ain Chock  
Tél: 05 22 52 62 52 / Fax: 05 22 21 10 90 - E-mail: 1: labo.elkhalil@gmail.com / E-mail-2: h.oualialami@gmail.com  
Rabat: 2401240098 - LE: 15014892 - GNSS: 4801001 - P.C: 481712 - ICF: 001/0200/000001

Prélèvement à domicile sur Rendez-vous

252, Boulevard El Khalil, Hay Moulay Abdellah, Ain Chock - Casablanca

Tél : 05 22 52 62 52 / Fax : 05 22 21 10 90 - E-mail-1 : labo.elkhalil@gmail.com / E-mail-2 : h.oualialami@gmail.com

Rabat: 2401240098 - LE: 15014892 - GNSS: 4801001 - P.C: 481712 - ICF: 001/0200/000001