

## 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 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

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

M22- 0010920

142085

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : ~~8902~~ 8902 Société : Ram

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL KATMOUR MOHAMMED

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661296211 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 30/11/2022

Nom et prénom du malade : EL KATMOUR GHADA Age :

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

Nature de la maladie : Pathologie Thyroïdienne et Gyneco

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : ~~Rabat~~ Le : 30/11/2022

Signature de l'adhérent(e) : ~~AS~~

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 30/11/2022      |                   | CG                    |                                 |  |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
|  |      |                       |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Date     | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|----------|------------------------------|------------------------|
| 03.12.22 | (4300)x3                     | 870,00                 |
| 05/12/22 | (20+PR)x3                    | 65,25                  |
| 05/12/22 | Echo. pelvienne              | 500 DH                 |

# AUXILIAIRES MEDICAUX

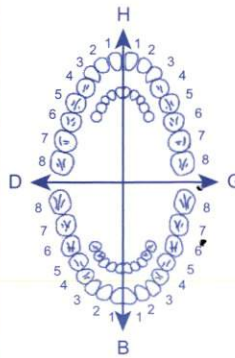
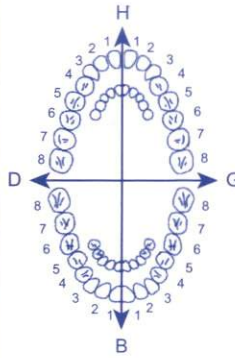
| Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                |        |    |    |    |                                 |

# 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

| 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 border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> |                   | H  |  | 25533412 00000000 | 21433552 00000000 | D | G | 00000000 35533411 | 00000000 11433553 | B |  | Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|   | H  |                   |  |  |                   |                   |   |   |                   |                   |   |  |  |
|   | 25533412 00000000  | 21433552 00000000 |  |  |                   |                   |   |   |                   |                   |   |  |  |
|   | D  | G                 |  |  |                   |                   |   |   |                   |                   |   |  |  |
|   | 00000000 35533411  | 00000000 11433553 |  |  |                   |                   |   |   |                   |                   |   |  |  |
|   | B  |                   |  |  |                   |                   |   |   |                   |                   |   |  |  |
|   | [Création, remont, adjonction]<br>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. Laïla LAALOU ALAOU**

**Chirurgien Cancérologue**

Chirurgie du sein - Appareil Gynécologique  
Appareil Digestif - Thyroïde - Peau

Ancienne praticienne à l'Institut National  
d'Oncologie - Rabat

**الدكتورة ليلى لعلو العلوي**

اختصاصية في جراحة الأورام السرطانية و الحميدة  
جراحة الثدي-الجهاز التناسلي-الجهاز الهضمي  
الغدد-الجلد

جراحة بالمعهد الوطني للأنكولوجيا بالرباط سابقا

Rabat, le 30/11/2022 الرباط في

M<sup>me</sup> Ghalia Katmoure

Glycémie

TSH

FSH - LH

CENTRE DE BIOLOGIE  
DE RABAT  
Avenue des Nations Unies 34  
Rue Abou Derr Agdal - Rabat  
Tél : 05 37 67 30 84/85  
Fax : 05 37 67 30 86

الدكتور العلوي ليلى ع

Dr. ALAOU BOUARRAQUI A

Ex. Professeur Agrégé

Radioisotopes et Médecine Nucléaire

7, Av. Omar Ibn Khattab Agdal - RABAT

Tél: 06.37.77.29.51 - Fax : 05.37.77.81.82

**Dr. Laïla LAALOU ALAOU**  
Chirurgien Cancérologue

4, Av. Moulay Slimane Appt. 4 - Rabat  
Tél.: 0537 26 33 26 - GSM: 0661 19 98 84  
INP : 101101095 - Patente: 25109331  
IGR : 34177044 - ICE: 00170686000062

4. شارع مولاي سليمان الشقة 4 الطابق الثاني (قرب مسرح محمد الخامس)-الرباط

4, Av. Moulay Slimane Appt. 4-2ème étage - ( Prés du Théâtre Med v)-Rabat

GSM: 06 61 19 98 84 : الممول Tél : 05 37 26 33 26 : الهاتف ,

Email : chirilaalou@gmail.com : البريد الإلكتروني



**Dr. Laïla LAALOU ALAOUI**

**Chirurgien Cancérologue**

Chirurgie du sein - Appareil Gynécologique

Appareil Digestif - Thyroïde - Peau

Ancienne praticienne à l'Institut National  
d'Oncologie - Rabat

**الدكتورة ليلى لعلو العلوي**

اختصاصية في جراحة الأورام السرطانية و الحميدة

جراحة الثدي-الجهاز التناسلي-الجهاز الهضمي

الغدد-الجلد

جراحة بالمعهد الوطني للأنتولوجيا بالرباط سابقا

Rabat, le 30/11/2022 في الرباط

M<sup>me</sup> Ghalia El Katmoure

Echo pelvienne

RC = Douleurs pelviennes  
isolées  
cycle irrégulier

**Dr. Laïla LAALOU ALAOUI**  
Chirurgien Cancérologue  
4, Av. Moulay Slimane Appt. 4 - Rabat  
Tél.: 0537 26 33 26 - GSM: 0661 19 98 84  
INP: 101101095 - Parenté: 25109331  
CR: 34177044 - ACE: 00170686000062

**Dr. Abdellatif DINIA**  
Cabinet de Radiologie de l'Agdal  
82 Bis, Av. des Nations Unies, Angle  
Rue Ibn Hanbal, Agdal - Rabat  
Tél.: 0537 67 49 49 - Fax: 0537 54 07  
INP: 101045045

4. شارع الهادي مطيمان الشقة 4 الطابق الثاني (قرب مسرح محمد الخامس)-الرباط  
4, Av. Moulay Slimane Appt. 4-2ème étage - (Prés du Théâtre Med v)-Rabat  
الهاتف: 05 37 26 33 26 : GSM: 06 61 19 98 84 : المحمول  
البريد الإلكتروني: Email: chirlaalou@gmail.com

Dr. ALAOUI BOUARRAQUI A.

FACTURE

ex. Professeur Agrégé  
Radio-Isotopes et Médecine Nucléaire  
7, Av Omar Ibn Khattab - Agdal  
Rabat - Tél.: 05 37 77 29 51

N° 03485

Rabat le 03.12.2022 الرباط في

M. EL KATMOURE GHALIA السيد

| Examen   | Tarif  |
|--|--------|
| BH (v.s)   | 270,00 |
| FSH  | 300,00 |
| LH   | 300,00 |
| TOTAL  | 870,00 |
| Incl. ces accessoires - dis.<br>diff.  |        |
| <p>التكثيف الطبي الرباطي ع<br/>Dr. ALAOUI BOUARRAQUI A<br/>Ex. Professeur Agrégé<br/>Radioisotopes et Médecine Nucléaire<br/>7, Av. Omar Ibn Khattab Agdal - RABAT<br/>Tél: 05 37 77 29 51 - Fax: 05 37 77 29 52</p> |        |

Patente N°: 25703887

C.N.S.S.N° :2127307

IF: 33411210

ICE :001583167000063

# CABINET DE RADIOLOGIE DE L'AGDAL

82 bis, Av. des Nations Unies - Angle rue Ibn Hanbal  
Tél. : 0537.67.49.49 (Lignes groupées) Fax : 0537.67.54.07

Patente 25705022 IF 0333035 CNSS 2033976

ICE 001615064000010

Rabat - Agdal

## FACTURE

Numero:L/00166  
Rabat 05/12/2022

| Nom patient        | Date examens |
|--------------------|--------------|
| EL KATMOURE Ghalia | 05/12/2022   |

| Examen(s) Réalisé(s) | Prix Dhs      |
|----------------------|---------------|
| ECHO PELVIENNE       | 500,00        |
| <b>TOTAL</b>         | <b>500,00</b> |

Arrêtée la présente facture à la somme de:

CINQ CENTS DIRHAMS

**Dr. Abdellatif DINIA**  
Cabinet de Radiologie de l'Agdal  
82 Bis, Av. des Nations Unies, Angle  
Rue Ibn Hanbal, Agdal - Rabat  
Tél.: 0537 67 49 49-Fax: 0537 67 54 07  
INPE : 101045045

Dr A.SBIHI - Dr A.DINIA - Dr Gh. T.BENJELLOUN - Dr O.KABBAJ

# CENTRE DE BIOLOGIE DE RABAT

FACTURE N° : 22201/22

Dossier réalisé le : 05/12/22 07:55

EN-POS-09-V01

A l'attention de : Mlle EL KATMOURE GHALIA

Identifiant du patient : 216451

## Analyses :

|                   |      |           |
|-------------------|------|-----------|
| Glycémie (à jeûn) | B 30 | 40,20 Dhs |
|-------------------|------|-----------|

## Prélèvement :

|      |        |           |
|------|--------|-----------|
| Sang | Pc 1,5 | 25,00 Dhs |
|------|--------|-----------|

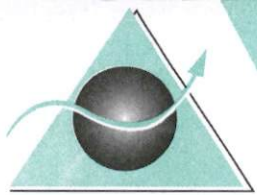
Total dossier : 65,20 Dhs

Mode de règlement : Espèce

Arrêtée la présente facture à la somme de :  
Soixante Cinq Dirhams Vingt Centimes

CENTRE DE BIOLOGIE  
Avenue des Nations Unies 37  
Rue Abou Derr Agdal - Rabat  
Tél : 0537.67.30.84/85  
Fax : 0537.67.30.86





## BIOCENTRE

Dr. M. MESTASSI  
Medecin Biologiste

Identifiant du patient : 216451  
Date de naissance : 24/06/2005  
Sexe : F  
Du : 05/12/2022 à 07:55  
Edité le : 05/12/2022 à 11:54

Mlle EL KATMOURE GHALIA

Dossier N° : 22610270

Docteur LAALOU ALAOUI LAILA



## BIOCHIMIE

GLYCÉMIE

(Dosage Enzymatique 37°C)

|   |      |        |             |
|---|------|--------|-------------|
| : | 0.86 | g/L    | 0.7 - 1.1   |
|   | 4.76 | mmol/L | 3.89 - 6.11 |

Dr. M. MESTASSI  
Médecin Biologiste  
Centre de Biologie de Rabat  
Avenue des Nations Unies  
Tél : 05 37 67 30 84 / 85  
Fax : 05 37 67 30 86





# CABINET DE RADIOLOGIE DE L'AGDAL

Dr Abdelhafid SBIHI - Dr Abdellatif DINIA

Dr Ghita T. BENJELLOUN - Dr Ouafae KABBAJ - Dr Leïla SBIHI - Dr Sarrah SEDRATI

Rabat, le 05/12/2022

Enfant EL KATMOURE Ghalia (née le 24/06/2005)

Examen demandé par : Dr L. LAALOU ALAOUI

## ECHOGRAPHIE PELVIENNE

Renseignements cliniques : *Douleurs pelviennes isolées.*  
*Cycle irrégulier.*

- L'utérus est de volume normal, de contours réguliers et d'échostructure homogène. Il mesure mm dans le plan transversal et mm dans le plan longitudinal.
- La ligne de vacuité utérine en place est fine.
- L'ovaire droit mesure 22 x 34 mm et renferme un follicule de 8 mm.
- Ovaire gauche difficilement identifiable (interpositions digestives). Il mesure 20 x 28 mm.
- Absence de masse annexielle identifiable.
- Douglas libre.

**Dr. Abdellatif DINIA**  
Cabinet de Radiologie de l'Agdal  
82 Bis, Av. des Nations Unies, Angle  
Rue Ibn Hanbal, Agdal - Rabat  
Tél.: 0537 67 49 49 - Fax: 0537 67 54 07  
UNPE : 101045045

AD/SA

Dr. ALAOUI BOUARRAQUI.A

Ex. Professeur Agrégé de la Faculté  
de Médecine de Rabat  
Radio - Isotopes et Médecine Nucléaire  
Diplômé de la Faculté de Médecine  
de Montpellier

الدكتور العلوي البوعراقي عبد الكريم  
أستاذ محاضر بكلية الطب  
بالباط سابقا  
التشخيص بالأشعة النووية

Rabat le 03.12.2022

DOSAGE RADIO - IMMUNOLOGIQUE

- Nom du Patient : Melle EL KATMOURE GHALIA
- Médecin Traitant : Dr. LAALOU

|                             |               |                                  |
|-----------------------------|---------------|----------------------------------|
| - FT3 (T3 libre) .....      | pmoles / l    | VN : (3 - 7)                     |
| - FT4 (T4 libre) .....      | pmoles / l    | VN (11 - 25)                     |
| - TSH (US) ..... 1,5        | micro UI / ml | VN (0,2- 4,5)                    |
| - GH ( S.T.H.) .....        | micro UI / ml | VN : (INF. 15)                   |
| - Cortisol 8 H - 10 H ..... | ng / ml       | VN (50 - 230)                    |
| - " 15 H - 17 H.....        | ng / ml       | VN (30 - 140)                    |
| - Testosterone .....        | ng / ml       | VN : H(2,5 - 10)<br>F(0,1 - 0,9) |
| - Prolactine.....           | micro UI / ml | VN : H(90 - 380)<br>F(130 - 700) |
| - FSH ..... 4,9             | m UI / ml     | } VN : Voir<br>Feuille<br>Annexe |
| - LH ..... 9,7              | m UI / ml     |                                  |
| - 17 B.Estradiol .....      | pg / ml       |                                  |
| - Progesterone .....        | ng / ml       |                                  |

- Autres Sur Demande

الدكتور العلوي البوعراقي ع  
Dr. ALAOUI BOUARRAQUI.A  
Ex. Professeur Agrégé  
Radioisotopes et Médecine Nucléaire  
7, Av. Omar Ibn Khattab Agdal - RABAT  
Tél: 05.37.77.29.51 - Fax : 05.37.77.61.82

CABINET DE MEDECINE NUCLEAIRE

DOSAGE RADIO - IMMUNOLOGIQUE

|                    | FSH<br>(m UI/ml) | LH<br>(m UI /ml) | OESTRADIOL<br>(Pg / ml) | PROGESTERONE<br>(ng / ml) |
|--------------------|------------------|------------------|-------------------------|---------------------------|
| HOMMES             | 3,5 ( 1 - 9 )    | 2 ( 1 - 5 )      | 30 ( 10 - 60 )          | INF 0,6                   |
| Phase Folliculaire | 4,5 ( 3 - 8 )    | 3 ( 1 - 7 )      | 40 ( 25 - 60 )          | INF 1,2                   |
| Phase LUTEALE      | 3,5 ( 2 - 8 )    | 3 ( 0,5 - 10 )   | 100 ( 45 - 210)         | 3 - 30                    |
| Pic OVULATOIRE     | 7 ( 4 - 18 )     | 20 ( 6 - 73 )    | 195 (110 - 380)         |                           |
| MENOPAUSE          | 65 ( 20 - 130)   | 25 ( 12 - 58 )   | 7 ( 3 - 13 )            | INF 0,6                   |

VALEURS NORMALES AXE GONADOTROPE