

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, parodontologie, 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

- 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 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-775491

146490 Courmes

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9244 Société : Ram
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : AHMAID NACREDDINE
 Date de naissance : 20/11/1961
 Adresse : HABITUELLE
 Tél. : 0662 222291 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05/12/2022
 Nom et prénom du malade : NIKEL SANAF Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : DL Vuln
 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) : Le : 09/12/2022


VOLET ADHERENT


Déclaration de maladie N° W21-775491


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 : 9244
 Nom de l'adhérent(e) : AHMAID
 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
05.12.22	CH		50.0	
05.12.22	CH		250.0	
09.12.22	CH		6	

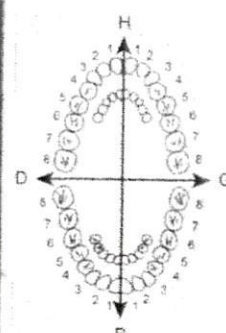
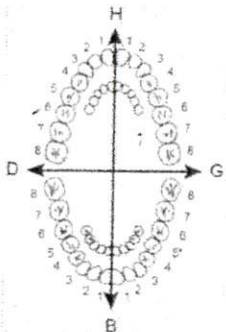
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29.12.2022	236.60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	02/12/22	B 730	800,000
	26/12/2022	B 191	210,000

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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 : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canauxaires, ainsi que le bilan de l'ODF																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				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</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 colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[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



مصحة الكوثر CLINIQUE AL KAWTAR

AV. Md El Fassi, Rte Imouzzar FES

Tél.: 05 35 61 19 00 - Fax : 05 35 61 19 01 - GSM : 06 61 30 48 82

cliniquealkawtar2014@gmail.com

cliniquealkawtar@menara.ma

CLINIQUE AL KAWTAR



140006610

ORDONNANCE

Fès le 09.12.22

Medecin Traitant :

Nom :

Prénom :

CLINIQUE AL KAWTAR
Toutes Spécialités
Av. Md El Fassi Rte Imouzzar - Fès
Tél : 05 35 61 19 00
Fax : 05 35 61 19 01

Michel

Samae

222,00
Augementin 1g scpt 3fi



14,60
Doliprane 1g scpt 3fi



236,60



Dr. M. AMRHAR

Dr. BOUZOUBAË Mail
Gynécologue - Obstétrique et Fertilité
Clinique Al Kawtar - Fès
Tél : 06 61 67 06 15
INPE : 141281360

URGENCES 24h/24
05.35.61.19.00

ISO 9001 - 2015
BUREAU VERITAS
Certification





AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE
AUGMENTIN

1g/125 mg

Composition :

Amoxicilline 1g
(sous forme trihydratée)
Acide clavulanique 125mg
(sous forme de clavulanate de potassium).
Contient de l'aspartam (environ 30mg).
Mise en garde spéciale : risque d'allergie.

Voie orale

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

Conserver à une température inférieure à 25°C et à l'abri de l'humidité.



B200970-01

AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE
AUGMENTIN

1g/125 mg

24 SACHETS

**poudre pour
suspension
buvable
en sachet**

أوغمنتان 1 غ / 125 ملغ
أموكسيسيلين / الممتن كلافولانك
مسحوق للمستعلق في كيس قابل للشرب

AUGMENTIN 1 g/125 mg
24 sachets



6 118000 161042



AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE
AUGMENTIN

1g/125 mg

هذا الدواء قد يسبب حالات حساسية. يحفظ بعيدا عن متناول ومراى الأطفال، تحت درجة حرارة أقل من 25° وبعيدا عن الرطوبة.
اقرأ النشرة بانتباه قبل الاستعمال

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda,
Région de Rabat

Information médicale :
GlaxoSmithKline Maroc
42-44 Angle Bd Rachidi
et Rue Abou
Hamed AlGhazali,
Casablanca 20 000



buvable en sachet
poudre pour suspension

1g/125 mg



AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE
AUGMENTIN

AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE
AUGMENTIN

1g/125 mg
Sachets

..... sachet(s) fois par jour à prendre de préférence au début des repas, pendant jours.
Lire la notice attentivement avant emploi.
...كيس...مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال...يوم.

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPU: 222,00 DH
LOT: 650132
PER: 07/24



Augmentin est une marque déposée des sociétés du Groupe GlaxoSmithKline

دوليبيران

باراسيتامول

ملغ 1000

8 أقراص فوارة

الأوجاع و الحمى



الكبار
ابتداء من
15 سنة

PPV 140H60
PER 06/25
LOT L1991

Composition :

1000 mg
Escipients qsp Pour 1 comprimé effervescent

Mode et voie d'administration : Voie orale

Laisser dissoudre complètement le comprimé dans un verre d'eau.

Boire immédiatement après.

Indications : Douleurs et/ou fièvre telles que : maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, contusions, règles douloureuses.

Neceve à l'adulte et à l'enfant à partir de 15 ans.

Précautions : Ne pas prendre de médicaments à base d'aspirine ou d'autres produits à base d'acide salicylique si l'intensité du symptôme persiste. Ne pas dépasser la dose recommandée.

Attention : Ne pas prendre 2 comprimés à la fois et ne jamais dépasser 4 comprimés par jour



Adulte
à partir de
15 ans

Doliprane®

PARACETAMOL

1000 mg

8 comprimés effervescent sécables

DOULEURS ET FIEVRE

Doliprane® 1000 mg ○

PARACETAMOL

8 comprimés effervescent sécables



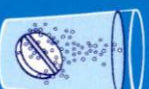
6 118000-040361

Conserver le tube bien fermé à l'abri de la chaleur et de l'humidité.

NE LAISSER NI A LA PORTEE, NI A LA VUE DES ENFANTS.

AMM N° 41180BP21/INQDMM

b Laboratoire
Eli Lilly et Compagnie
L'absorbant Pharmaceutique Supplément



Adulte
à partir de
15 ans

8 comprimés
effervescent sécables

Adulte

Doliprane® 1000 mg

31x31x75

06.19
100028



مركز الكوثر لجراحة النساء والتخصيب CENTRE AL KAWTAR DE GYNECOLOGIE ET FERTILITE

د. وائل بوزوبع
Dr. BOUZOUBAÛ Wail

جراحة النساء والتوليد
Gynécologie - Obstétrique
Echographie

ORDONNANCE

Fès, le 08/19/2020

Nikel Janas

CLINIQUE AL KAWTAR
Toutes Spécialités
Av. Md El Fassi Rte Imouzzer - Fès
Tél : 05 35 61 19 00
Fax : 05 35 61 19 01

Laboratoire ADIB
Analyses Médicales
Dr. ADIB Azzedine
Médecin - Radiologiste
Code Inps n° 143062744
Av. Koutoubia, Hay Lamçalla, Ain Koudous
30400 - Fès - Tél/Fax : 05 35 70 22 19





مصحة الكوثر CLINIQUE AL KAWTAR

AV. Md El Fassi, Rte Imouzzar FES

Tél.: 05 35 61 19 00 - Fax : 05 35 61 19 01 - GSM : 06 61 30 48 82

cliniquealkawtar2014@gmail.com

cliniquealkawtar@menara.ma

CLINIQUE AL KAWTAR



140006610

ORDONNANCE

Fès le 05.12.22

Medecin Traitant :

Nom :

NIKEL

Prénom :

SAWAH

NOTE D'HONORAIRE

CONSULTATION : 250

+

PART CLINIQUE AL KAWTAR : 50

TOTAL : *300.00DHS*

TROIS CENTS DIRHAMS

URGENCES 24h/24
05.35.61.19.00

ISO 9001 - 2015
BUREAU VERITAS
Certification



LABORATOIRE ADIB D'ANALYSES MEDICALES

30, Avenue Kairaouan, Hay Lamçalla Ain Kadouss. 30100 FES.

Tél/Fax: 05.35.70.22.19 - Urgences: 06.61.71.27.19

T.P : 13855003 - I.F : 18759341 - CNSS : 4859263 - ICE : 001654833000037 - INPE : 143061711

FES le: 06/12/2022

FACTURE N° 7194/2022

Médecin

Docteur BOUZOUBAÂ WAIL

Nom du patient

MME NIKEL SANAE

Examens

- NFS- TP- TCA- BR

Cotation

B 191

Montant

210,00 DH

Arrêtée la présente note d'honoraires à la somme de: DEUX CENT DIX
DIRHAMS

Laboratoire ADIB
d'Analyses Médicales
Dr. ADIB Arzeddine
Médecin Biologiste
Code INPE N° 143061711
30, Av Kairaouan, Hay Lamçalla, Ain Kadouss.
30100 - FES - Tél/Fax: 05.35.70.22.19



مركز الكوثر لجراحة النساء والتخصيب
CENTRE AL KAWTAR DE GYNECOLOGIE ET FERTILITE

د. وائل بوزوبع
Dr. BOUZOUBAÛ Wail

جراحة النساء والتوليد
Gynécologie - Obstétrique
Echographie

ORDONNANCE

Fès, le 09/11/2023

Mi Kel Sana

Reck : Canmsal

Reck Nodul Vub

Anapath

CLINIQUE AL KAWTAR
Toutes Spécialités
Av. Md El Fassi Rte Imouzzar - Fès
Tél : 05 35 61 19 00
Fax : 05 35 61 19 01

LABORATOIRE IBN NAFIS
D'ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE
PATHOLOGIQUES
N° 8 Imm Espace 2000 Av. des Far
FES - Tél Fax : 05 35 62 56 02





N° d'examen : P881222H

Nom et prénom : Mme SANAE NIKEL

Médecin traitant : Dr BOUZOUBAA

Date de réception: 09/12/22

Nature du prélèvement : Nodule de la petite lèvre droite + biopsie du col

Renseignements cliniques :

Compte-rendu anatomopathologique

NODULE DE LA PETITE LEVRE DROITE

Macroscopie:

Reçu un fragment mesurant 1.8×1.4×1cm, inclus en totalité dans un bloc.

Histologie:

L'examen histologique montre un épithélium malpighien de surface régulier et légèrement hyperplasique, largement abrasé en surface.

Le derme sous jacent est modérément congestif et largement dissocié par des infiltrats inflammatoires denses et polymorphes fait essentiellement de polynucléaires neutrophiles altérés.

Absence de lésion inflammatoire spécifique ou tumorale.

Conclusion :

Aspect histologique en faveur d'une bartholinite aigue abcédée sans caractère spécifique ou tumoral.

BIOPSIES DU COL

Macroscopie:

Reçu un fragment mesurant de 3.1×1.3×0.8cm. Ils sont inclus en totalité dans un bloc.

Histologie:

Histologiquement, on note une muqueuse exocervicale revêtue par un épithélium malpighien régulier et légèrement hyperplasique sans désorganisation architecturale ni stigmates d'HPV.

Les cellules épithéliales restent régulières sans atypies cytonucléaires ni mitoses. Il repose sur un chorion légèrement inflammatoire et congestif.

Conclusion:

Muqueuse exocervicale régulière et hyperplasique sans caractère spécifique.

Pas vu de stigmates d'HPV.

Dr. BADIOUI IKRAM

Le : 15/12/22



LABORATOIRE IBN NAFIS D'ANATOMIE

ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Dr BADIOUI IKRAM

Spécialiste en Anatomie et Cytologie Pathologiques

FACTURE

N° : F22/12.118

DU :15/12/22

Dossier N°	Nom et Prénom	Date d'entrée	CIN	Actes	Cotation	Honoraire en DH
P881222H	SANAE NIKEL	09/12/22		Nodule +Biopsies	P730	800.00DH

MONTANT : 800.00DH

Net à payer : 800.00DH

Arrêtée la présente facture à : HUIT CENT DIRHAMS.

INPE :
141704529
LABORATOIRE IBN NAFIS
D'ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE
PATHOLOGIQUES
Imm Espace 2000 Av. des Far
FES - Tel Fax : 05 35 62 56 02



مختبر اديب للتحاليل الطبية

Laboratoire ADIB d'Analyses Médicales

Dr. ADIB Azzeddine

Médecin Biologiste

Spécialiste en Biologie Médicale

Biochimie Clinique - Hématologie Biologique - Bactériologie - Virologie - Parasitologie - Mycologie - Auto-Immunité - Spermiologie

Prélèvement du : 06/12/2022 à 10:16

Résultats édités le: 06/12/2022



Prescripteur: Docteur BOUZOUBAË WAIL

MME NIKEL SANAE

Dossier N° 22L255

Page: 1/2

HEMOGRAMME

(Sur Automates Sysmex® - XT-2000i - XS-1000i)

NUMERATION SANGUINE

GLOBULES BLANCS.....
GLOBULES ROUGES.....
HEMOGLOBINE.....
HEMATOCRITE.....
VGM.....
TCMH.....
CCMH.....
PLAQUETTES.....

5 110 /mm³
4,6 M/mm³
13,3 g/dL
39,0 %
86,0 μ³
29,0 pg
34,0 g/dL
272 10³/mm³

Valeurs de référence

Femme

4 000 à 10 000
3,8 à 5,4
12 à 16
37 à 47
82 à 98
27 à 33
31 à 36
150 à 400

FORMULE LEUCOCYTAIRE

POLYNUCLEAIRES NEUTROPHILES.....
Soit
POLYNUCLEAIRES EOSINOPHILES.....
Soit
POLYNUCLEAIRES BASOPHILES.....
Soit
LYMPHOCYTES.....
Soit
MONOCYTES.....
Soit

40,6 %
2075 /mm³
13,4 %
685 /mm³
0,1 %
5 /mm³
40,5 %
2070 /mm³
5,4 %
276 /mm³

1 800 à 7 500
40 à 700
0 à 100
1 000 à 4 500
200 à 1 000



Laboratoire ADIB
d'Analyses Médicales

Dr. ADIB Azzeddine
Médecin Biologiste

Code INPE N° 143061711

30, Av Kairaouan, Hay Lamçalla, Aïn Kadouss,
30100 - Fès - Tél/Fax : 05 35 70 22 19

Tous les Résultats sont Contrôlés par le Médecin Biologiste
Confraternellement

30, Av Kairaouan, Hay Lamçalla, Aïn Kadouss, 30100- Fès

Tél : 05 35 70 22 19 - Fax : 08 08 41 96 14 - Urgences : 06 61 71 27 19

T.P : 13855003 - I.F : 18759341 - CNSS : 4859263 - ICE : 0016548330000037 - INPE : 143061711

E-mail : laboratoire.adib@yahoo.fr

Urgences 24h/24, 7j/7 - Tél : 06 61 71 27 19



مختبر اديب للتحاليل الطبية

Laboratoire ADIB d'Analyses Médicales

Dr. ADIB Azzeddine

Médecin Biologiste

Spécialiste en Biologie Médicale

Prélèvement du : 06/12/2022 à 10:16

Résultats édités le: 06/12/2022



MME NIKEL SANAE

Dossier N° 22L255

Prescripteur: Docteur BOUZOUBAË WAIL

Page: 2/2

BIOCHIMIE SANGUINE

(Cobas - C311 _ Roche® - Vitros - XT7600 _ OC®)

UREE.....	0,23	g/l	0,15 à 0,50 g/l
	3,82	mmol/l	2,49 à 8,30 mmol/l
CREATININE.....	8,50	mg/l	5,00 à 13,00 mg/l
	75,23	µmol/l	44,25 à 115,05 µmol/l

HÉMOSTASE

(Sur Automate STA Compact Max3 - STArt 4 _ STAGO®)

TAUX DE PROTHROMBINE (TP) :

Technique: (Chronométrique)

Valeurs de référence

TEMPS DE QUICK DU PATIENT	13,5
TEMPS DE QUICK DU TEMOIN.....	13,0
TAUX DE PROTHROMBINE.....	94,00

Sec

Sec

%

70,00 à 100,00 %

TEMPS DE CEPHALINE ACTIVATEUR (TCA) :

Technique: (Chronométrique)

TEMPS PATIENT.....	28,50
TEMPS TEMOIN.....	32,00

sec

sec

Total de pages: 2



Laboratoire ADIB
d'Analyses Médicales

Dr. ADIB Azzeddine
Médecin Biologiste

Code INPE N° 143061711

30, Av Kaïraouan, Hay Lamçalla, Aïn Kadouss,
30100 - Fès - Tél/Fax: 05 39 70 22 19

30, Av Kaïraouan, Hay Lamçalla, Aïn Kadouss, 30100- Fès

Tél: 05 35 70 22 19 - Fax: 08 08 41 96 14 - Urgences: 06 61 71 27 19

T.P.: 13855003 - I.F.: 18759341 - CNSS: 4859263 - ICE: 001654833000037 - INPE: 143061711

Tous les Résultats sont Contrôlés par le Médecin Biologiste
Confraternellement

E-mail: laboratoire.adib@yahoo.fr

Urgences 24h/24, 7/7 - Tél: 06 61 71 27 19