

# 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

- 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- 0057036

Maladie  Dentaire  Optique *par ailleurs*  Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 412 Société : 146540  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
 Nom & Prénom : LAROUSSE SAADIA  
 Date de naissance : .....  
 Adresse : .....  
 Tél. : ..... 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 : .....  
 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 : ..... Le : ...../...../.....  
 Signature de l'adhérent(e) : .....

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie **M22-0057036**

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 : .....

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

### 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	

### 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" style="text-align: center;">H</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;">G</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> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">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															
	<p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	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

### VOLET ADHERENT

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

# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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												
				Montant des soins												
				Début d'exécution												
				Fin d'exécution												
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient mastigatoire		Coefficient des travaux	Montant des soins												
	<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 colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553		
	H															
	25533412	21433552														
00000000	00000000															
G																
00000000	00000000															
35533411	11433553															
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis													
			Fin de													

Signature et cachet du praticien attestant le devis	Visa et cachet du praticien attestant l'exécution
---	---

VOLET ADHERENT	NOM: Laaroussi Saadia	Mle LLE	
DECLARATION N°	W17-118093	Cachet MUPRAS	
Date de Dépôt	Montant engagé		Nbre de pièces Jointes
20/01/2023	1042,7		3 pièces
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b> Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			



W17-118093

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT	Mle LLE	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom	LAROUSI Saadia	Signature de l'adhérent
Fonction: retraitée	Phones: 06.93.05.41.43	Signature de l'adhérent
Mail	Veuve Aouny Bely Farid	

MEDECIN	Prénom du patient	Age	Date
	LAROUSI SAADIA		16/01/2023
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Nature de la maladie		Date 1ère visite
Désordre en dent + DVI			

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
CA	2	20001

PHARMACIE	Date
Montant de la facture	16/01/23
273,70 DH	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES	Date
Désignation des Coefficients	17.1.23
B	5690A

AUXILIAIRES MEDICAUX	Date
Nombre	
AM PC IM IV	Montant détaillé des Honoraires

**Docteur BARRANE Hassan**  
 Médecine Générale  
 112 Bd. Des FAR  
 Route de Rabat Tanger -  
 Résidence Shakira Imm. N° 112 Bd. Des FAR  
 Tél.: 05 39 24 4493 / 06 61 25 96 28

**Pharmacie BIAD AHLEN**  
 D. SARRA DENABE  
 Pharmacie N° 55 - Tanger  
 Lotis: Parcelot N° 55 - Tanger  
 Tél.: 05 39 42 31 42

**LABORATOIRE ADOUFI**  
 ANALYSES MEDICALES  
 DR. MOUHAOUFI  
 MEDICIA BIOLIGISTE  
 NPE 1109994

**INRE: 162085930**

# Docteur BARRANE Hassan

Médecine Générale

الدكتور بران حسن

الطب العام

- Diplôme d'Echographie Générale
- Certificat d'Expertise Médicale
- D.U de Médecine de travail
- Lauréat de la faculté de Médecine de Casablanca

- دبلوم جامعي في الفحص بالصدى
- شهادة جامعية في الخبرة الطبية
- دبلوم جامعي طب الشغل
- خريج كلية الطب بالدار البيضاء

Tanger, le : 16/01/2023 : طنجة في

CARMOUSH

SANIA

168,20  
① -

1s

Augment 1g (sans sucre)  
1 sachet x 21; x 8;

3216  
② -

1s

mael rip (sans sucre)  
1 sachet x 21;

25,10  
③

1s

PARADIA 1000g

1 sachet x 21

Pharmacie RIAD AHLEN  
BENABES  
Rue de la Pharmacie  
55 - Tanger  
Tél: 05 39 42 31 42

~~T. 471 80~~  
~~T. 273 73~~

Docteur BARRANE Hassan  
Médecine Générale  
Résidence Shakra Imm A8, N° 112 Bd. des F.A.R  
Tanger - Tél: 05 39 38 44 93 / 06 61 25 96 26

Pharmacie RIAD AHLEN  
BENABES  
Rue de la Pharmacie  
55 - Tanger  
Tél: 05 39 42 31 42

إقامة شكيرا عمارة A8 شقة 112 شارع الجيش الملكي ( طريق الرباط ) طنجة الهاتف 06 61 25 96 26 / 05 39 38 44 93  
 Résidence Chakira Imm A8, N° 112 Bd des F.A.R (Route de Rabat) Tanger - Tél: 05 39 38 44 93 / 06 61 25 96 26  
 Email: barraneh@gmail.com - ICE 002037959000006 - INP: 151017795

PPV (DH) :

32,50

LOT N° :

UT. AV.:

موكسول

أمبروكسول

بدون سكر



دازين 10.000 وحدة  
سيرايتاز

DASEN® 10 000 UI  
Serrapeptase  
40 Comprimés enrobés gastro-résistants



40 قرصا ملينسا  
معدني - مقاوم  
عن طريق الفم



مضغرات مستعملت  
20 - 22 نقطة زفير بين العوالم  
الصغير السواء - الدار البيضاء

مقاوم - كمية الاستعمال  
ارشادات - حالات عم الاستعمال  
لفظ الجبان

IMPRIMEPEL  
81/10

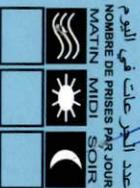
Indications, Contre Indications :  
Mises en garde, effets indésirables  
et mode d'emploi : voir notice.

DASEN® 10 000 UI  
Serrapeptase

DASEN® 10 000 UI  
Serrapeptase

40 Comprimés enrobés  
gastro-résistants

Voie orale



عدد الجرعات في اليوم  
NOMBRE DE PRISES PAR JOUR  
MORNING MIDD SCOUR



Laboratoires SYNTHEMEDIC  
29-22, Rue Zoubeir Boum El Aouam  
Roches Noires - Casablanca

Composition :  
Serrapeptase .....10.000 unités.  
Excipients q.s.p. .... 1 comprimé enrobé gastro-résistant  
Excipient à effet noiaire : Lactose. Colorant jaune orangé S (E110)  
Ne pas laisser à la portée des enfants  
A conserver à une température inférieure à 25 °C.

10

65x20x90

351038-03

PPV :  
EXP :  
Lot N° :

47,80



poudre pour suspension  
buvable en sachet



1g / 125 mg

**AUGMENTIN**  
AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE  
**AUGMENTIN**

1g / 125 mg  
Sachets

..... sachet(s) ..... fois par jour à  
prendre de préférence au début des repas,  
pendant ..... jours.

Lire attentivement la notice avant emploi.  
...كيس... مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال ... يوم.

**Uniquement sur ordonnance**

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

PPU : 168,20 DH  
LOT : 649756  
PER : 03/24

Handwritten signature and date: 18/11/24



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'aspartame (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.



AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE  
**AUGMENTIN**

1g / 125 mg

**16 SACHETS**

**poudre pour  
suspension  
buvable  
en sachet**



أو غمنتان 1 غ / 125 ملغ  
أموكسيسيلين/ الحمض كلافو لاينك  
مسحوق لمستعلق في كيس قابل للشرب



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

# BILAN BIOLOGIQUE

Nom : Chakira BARRANE SHAKIRA

## INFLAMMATION

- CRP
- VS 1<sup>ère</sup> heure et 2<sup>ème</sup> heure

## IONOGRAMME

- Potassium, Sodium, Chlore
- Réserve alcaline
- Protides totaux

## BILAN LIPIDIQUE

- Triglycérides
- Cholestérol total
- Cholestérol HDL
- Cholestérol LDL

## BILAN HEPATIQUE

- SGOT (ASAT), SGPT (ALAT)
- Gamma GT
- Phosphatases alcalines

## BILAN URINAIRE

- Protéinurie des 24 heures
- ECBU
- Ionogramme urinaire

## BILAN GLYCEMIQUE

- Glycémie à jeun
- Glycémie post prandiale
- HbA<sub>1c</sub>

## DIVERS

- Myoglobine
- Troponine
- Electrophorèse des protéines

## HEMOGRAMME =

(NUMERATION- FORMULE -SANGUINE)

- Globules rouges - Hémoglobine  
Hématocrite - Globules blancs...
- Plaquettes

## BILAN DE LA FONCTION THYROÏDIENNE

- ~~T3, T4~~, TSH

## BILAN DE LA COAGULATION

- Taux de prothrombine
- INR
- TCA malade/TCA témoin
- Fibrinogène

## BILAN DE LA FONCTION RENALE

- Créatinine
- Urée plasmatique

## EXPLORATION DE LA PROSTATE

- PSA

## ENZYMES MUSCULAIRES

- LDH
- CPK
- CPK-mb

Cachet

Docteur BARRANE SHAKIRA  
Médecine Générale  
Résidence Shakira Imm A8, N° 112 Bd. Des F.A.R.  
(Route de Rabat) Tanger -  
Tél.: 05 39 38 44 93 / 06 61 25 96 26



# مختبر العوفي للتحليلات الطبية

## Laboratoire Aoufi d'Analyses Médicales

د. منى العوفي Dr. MOUNA AOUIFI

طبيبة متخصصة في التحاليل البيولوجية / ملقحة سابقة بمستشفيات مدريد - إسبانيا

Médecin Spécialiste en Biologie Médicale / Ancienne Attachée à l'Hôpital La Paz à Madrid  
Ancienne Responsable du Laboratoire d'urgence à l'hôpital I Sofia à Madrid

### Facture

N° facture : 2023-00520

Edité le : 18/01/2023

Patient : Mme LAROUSI Saadia

Date prélèvement : 17/01/2023

Analyses	Valeur en B	Montant
Urée	30	40,20
Créatinine	30	40,20
Hémoglobine glycosylée	100	134,00
TSH us	250	335,00
<b>Total B</b>	<b>410</b>	<b>549,40</b>
<b>APB</b>	<b>1,00</b>	<b>20,00</b>
<b>Majoration de garde</b>		
<b>Deplacement</b>		
<b>Total</b>		<b>569,00</b>

LABORATOIRE AOUIFI  
D'ANALYSES MÉDICALES  
DR. MOUNA AOUIFI  
MEDECIN BIOLOGISTE  
INPE 1831939



# مختبر العوفي للتحليلات الطبية

## Laboratoire Aoufi d'Analyses Médicales

د. منى العوفي Dr. MOUNA AOUIFI

طبيبة متخصصة في التحاليل البيولوجية / ملحقه سابقة بمستشفيات مدريد - إسبانيا

Médecin Spécialiste en Biologie Médicale / Ancienne Attachée à l'Hôpital La Paz à Madrid  
Ancienne Responsable du Laboratoire d'urgence à l'hôpital I Sofia à Madrid



Tanger, le 18/01/2023

### Compte rendu d'analyses

Dossier N° : 170123-051 Pvt du: 17/01/2023

Nom : Mme LAROUSI Saadia

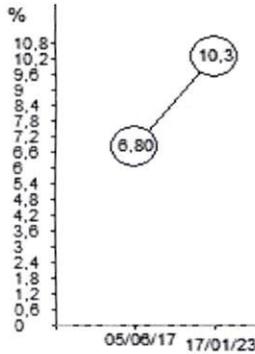
Demandé par Dr : BARRANE HASSAN

Page : 1/1

### BIOCHIMIE

		Valeurs Usuelles	Antériorité
Urée	: 0,35 g/l	( 0,15 - 0,45 )	0,46 (05/06/17)
Créatinine	: 8,46 mg/l	( 5 - 11 )	8,78 (05/06/17)
Hémoglobine glycosylée	: 10,30 %	( Inférieur à 6,5 )	

(Technique : HPLC sur ARKRAY Menarini)



Suivi de Hémoglobine glycosylée

### ENDOCRINOLOGIE

		Valeurs Usuelles	Antériorité
TSH-us : Thyroestimuline-Hormone	: 0,62 uUI/mL		1.90 (05/06/17)

Tech: EIA sur Architect (ABBOTT)

Euthyroïdie : 0.25-5 µUI/mL

Hyperthyroïdie : < 0.15 µUI/mL

Hypothyroïdie : > 7 µUI/mL

Grossesse:

- 1er trimestre: 0.03-2.5uUI/mL

-2ème et 3 ème trimestre: 0.03-3 uUI/mL

LABORATOIRE AOUFI  
D'ANALYSES MÉDICALES  
Av. Al Arabia, Sidi Driss, Tanger  
1er Etage  
Tel. 05 39 42 00 43 • Fax: 05 39 38 37 92  
**Le Biologiste**

شارع المملكة العربية السعودية، مدارة سيدي ادريس، قرب البنك الشعبي سيدي ادريس واتصالات المغرب - طنجة  
Av. Arabie saoudite, Rond point Sidi Driss, près de la Banque Populaire Sidi Driss et Maroc Telecom - Tanger

Tél./Fax: 0539 42 00 43 • E-mail: [laboratoireaoufi@gmail.com](mailto:laboratoireaoufi@gmail.com)

I.F : 15297027 • Patente : 57109652 • C.N.S.S : 4626183 • ICE : 001674459000046

==== HA-8380V V01.14 =====

17-01-2023 17:01 Fast

MEAS No. 0004 Port No. 0001 ,

ID 470123051

\*  
HbA1c 90 mmol/mol  
HbA1c 10.3 %  
HbF 0.6 %

		R. time	Area	%
P1		6	1349	3.0
P2	F	10	273	0.6
P3	L-A1c	12	1367	3.0
P4	S-A1c	18	4589	10.1
P5	A0	36	37953	83.4
Total area value			45531	

35m0D

