

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0038060

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11416 Société : R.A.T

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : AOUSS ST DI

Date de naissance : 23/12/1990

Adresse : N°1 Hassan II Avenue Hay Al Faraf

Tél : 06 61343602 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur SAADNI Abdelali
Hépto-gastro-entérologue
Imm. Yasmine, Bloc A 3^e Etage N°32
INPE: 041000852
Tél: 05 28 23 23 60 - AGADIR

Cachet du médecin :

Date de consultation : 07/04/2023

Nom et prénom du malade : AOUSS KHADIJA Age :

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

Nature de la maladie : gastroentérologie

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 : Agadir Le : 02/04/2023

Signature de l'adhérent(e) :

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

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
07.04.2023		C 2	200 DH	Docteur SAADNI Abdelali Hépto-gastro-entérologue Im. Yasmine, Bld. n° 3 Etage N° 32 INPE: 04-000852
10.04.2023		Contrôle	Contrôle	Docteur SAADNI Abdelali Hépto-gastro-entérologue Im. Yasmine, Bld. n° 3 Etage N° 32 INPE: 04-000852

Docteur **SAADNI Abdelali**
Hépatogastro-entérologue
Imm. Yassmine, Bloc N°3 Etage N°32
INPE : 041000852

EXECUTION DES ORDONNANCES		INPE: 0410000892
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Tél: 05 28 23 23 60 - AGADIR
042 078 733	042 078 733	Montant de la Facture
ICE: 00215100000026	06/12/23	159.80
Tél: 05 28 24 24 37	07/12/23	3.2840
042 078 733	042 078 733	Tél: 05 28 24 24 37

Tél: 05 28 23 23 60 - AGADIR

[illegible]

Laboratoire d'Analyses Médicales
Dr. C. El Chérif et signature du
Laboratoire de Diagnostic Médical
S. A. EL CHERIF
Rue FAR Chalets Meziane
Tél: 05 28 33 39 75

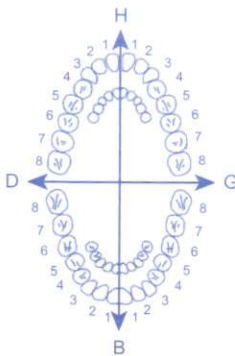
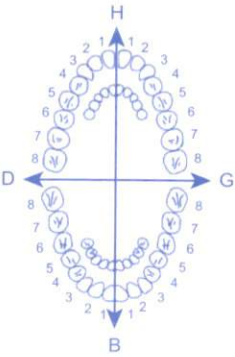
[illegible]

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: right;">COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">MONTANTS DES SOINS</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">DEBUT D'EXECUTION</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">FIN D'EXECUTION</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 <hr style="width: 100%;"/> 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> <div style="text-align: center;"> D G </div> </div>			<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: right;">COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">MONTANTS DES SOINS</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">DATE DU DEVIS</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">DATE DE L'EXECUTION</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

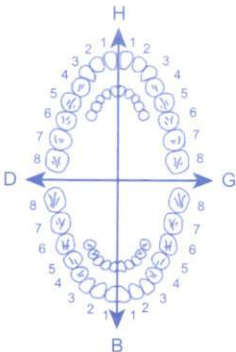
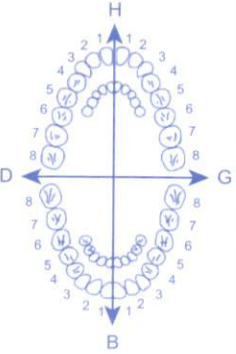
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
					Coefficient des Travaux
					Montants des Soins
					Début d'exécution
					Fin d'exécution
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div><div>H</div><div><div>2553341221433552</div><div>0000000000000000</div><div>D</div><div>0000000000000000</div><div>3553341111433553</div><div>B</div></div><div>G</div></div>			Coefficient des Travaux	
	<div><div>(Création, remont, adjonction)</div><div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div></div>			Montants des Soins	
				Date du Devis	
				Date de l'exécution	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. SAADNI Abdelali

Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif
Proctologie - Echographie - Endoscopie Digestive
Ex. Médecin Hépat - Gastro Enterologue
à l'Hôpital Hassan II Agadir

Tél. : 05 28 23 23 60



الدكتور عبد العالي السعدي

إختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي والبوليسير
التشخيص بالأمواج الصوتية والتنظير الداخلي
طبيب الجهاز الهضمي والكبد سابقا
بمستشفى الحسن الثاني بأكادير

الهاتف: 05 28 23 23 60

Agadir, Le ...10/04/2023..... في أكادير

Mlle KHADIJA AOUSS

79.90 x 2

1) AUGMENTIN SACHET

1SACHET 3 FOIS/JOUR 08 JOURS



159.87

Docteur SAADNI Abdelali
Hépatogastro-entérologue
Imm. Yasmine, Bloc A 3^e Etage N°32
INPE: 041000852
Tél: 05 28 23 23 60 - AGADIR



PHARMACIE MAZINI

ICE: 002151089000026

TÉL : 05 28 24 24 37

ملتقى شارع المقاومة والقاضي عياض إقامة ياسمين عمارة A رقم 32 الطابق الثالث أكادير
Angle Av. Al Mouquawama et Av. Kadi Ayad, Résidence Yasmine
Immeuble «A» N° 32 - 3^{ème} Etage AGADIR

PPU: 79, 90 J
LOT: 650906
PER: 11/24

AUGMENTIN
500mg/62.5mg
12 sachets



6 118000 160243

PPU: 79, 90 DH
LOT: 651322
PER: 10/24

AUGMENTIN
500mg/62.5mg
12 sachets



6 118000 160243

Dr. SAADNI Abdelali

Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif
Proctologie - Echographie - Endoscopie Digestive

Ex. Médecin Hépatologie - Gastro Entérologue

à l'Hôpital Hassan II Agadir

Tél. : 05 28 23 23 60



041000852

الدكتور عبد العالي السعدني

إختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي والباوير
التشخيص بالأشعة الصوتية والتنظير الداخلي
طبيب الجهاز الهضمي والكبد سابقا
بمستشفى الحسن الثاني بأكادير

الهاتف: 05 28 23 23 60

أكادير في 07/04/2023 Le 07/04/2023, Agadir

Mlle KHADIJA AOUSS

PHARMACIE MAZINE
ICE : 002151089000026
Tél : 05 28 24 24 37

1) PROBIOSTIM

1SACHET 2FOIS / JOUR 10 JOURS

2) STIMAVIT SIROP

1CAS 2 FOIS . JOUR 10 JOURS

3) NEALGYL 80

1 CP 2 FOIS / JOUR 07 JOURS

Docteur SAADNI Abdelali
Hépatogastro-entérologue
Imm. Yasmine, Bloc A 3^e Etage N°32
INPE: 041000852
Tél: 05 28 23 23 60 - AGADIR

ملتقى شارع المقاومة والقاضي عياض إقامة ياسمين عمارة A رقم 32 الطابق الثالث أكادير
Angle Av. Al Mouquawama et Av. Kadi Ayad, Résidence Yasmine
Immeuble «A» N° 32 - 3^{ème} Etage AGADIR

0024
08-25
00:00:00



NEALGYL® 80 mg
Phloroglucinol
30 comprimés
orodispersibles



6 118000 041528

PPV: 50DH40

PER: 06/25

LOT: L2237

COOPER PHARMA

PPC: 99,00 DH

بروبيوستيم

PROBIOS[®]STIM



3 760098 991617

COOPER PHARMA

PPC: 99,00 DH

Dr. SAADNI Abdelali

Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif
Proctologie - Echographie - Endoscopie Digestive
Ex. Médecin Hépatologie - Gastro Entérologue
à l'Hôpital Hassan II Agadir

Tél. : 05 28 23 23 60



041000852

الدكتور عبد العالي السعدي

إختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي والبواسير
التشخيص بالأشعة الصوتية والتنظير الداخلي
طبيب الجهاز الهضمي والكبد سابقا
بمستشفى الحسن الثاني بأكادير

الهاتف: 05 28 23 23 60

أكادير في 07/04/2023 Le Agadir,

Mlle KHADIJA AOUSS

CRP
FERITINE
NFS+ PLAQUETTES
TRANSAMINASES
COPROPARASITOLOGIE DES SELLES
AC ANTI TRANSGLUTAMINASE IGA

Laboratoire JAMAL
d'Analyses Médicales
Dr. EL KAISOUNI Jamal
35, Av. des FAR Chalets Inezgan
Tel/Fax: 05 28 33 39 75

Docteur SAADNI Abdelali
Hépatogastro-entérologue
Imm. Yasmine, Bloc A 3^e Etage N°32
INPE: 041000852
Tél: 05 28 23 23 60 - AGADIR

ملتقى شارع المقاومة والقاضي عياض إقامة ياسمين عمارة A رقم 32 الطابق الثالث أكادير
Angle Av. Al Mouquawama et Av. Kadi Ayad, Résidence Yasmine
Immeuble «A» N° 32 - 3^{ème} Etage AGADIR

LABORATOIRE JAMAL D'ANALYSES MEDICALES
1 AV DES FAR, LES CHALETS, 86350 INEZGANE. Tél/Fax : 05.28.33.39.75
PAT 49300046 INP 043001239 IF 76936360×ICE 1626255000008

Assuré

Bénéficiaire : Mlle AOUSS Khadija

Prescripteur : DR ABDELALI SAADNI

FACTURE N° 2304072071

Facturé le : 07/04/2023

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	B5	B
PSA	Prélèvement sang adulte	E25	E
0146	Transaminases O (TGO)	B50	B
0147	Transaminases P (TGP)	B50	B
0154	Ferritine	B250	B
0216	Numération formule	B80	B
0370	CRP	B100	B
	Para + Coproculture	B140	B
	Anticorps anti-transglutaminase tissulaire humaine – IgA –	B190	B

Total	865	TOTAL DOSSIER :	976.5 Dhs
B :			

Arrêtée la présente facture à la somme de : neuf cent soixante-seize dirhams cinquante centimes

Laboratoire JAMAL
d'Analyses Médicales
Dr. EL KAÏSSOUNI Jamal
35, Av. des FAR Chalets Inezgane
Tél/Fax: 05 28 33 39 75

مختبر جمال للتحاليل الطبية Laboratoire Jamal d'Analyses Médicales

- Docteur en Pharmacie
- D.E.S de Biologie Médicale
- D.E.A. de Microbiologie - Enzymologie - Nutrition
- Doctorat d'Université mention Biologie-Santé
- DIU de Biologie de la reproduction
- DU Assurance Qualité En Biologie Médicale
- Auditeur IRCA en SMQ ISO 9001
- DU Auditeur Qualité En Biologie Médicale
- Chargé de cours UMVI
- Evalueur Technique COFRAC ISO 15189

- صيدلي إحيائي
- دبلوم الدراسات المعمقة في علم
- الميكروبيولوجية وعلم التغذية
- دكتور في علم الصحة والبيولوجية
- دبلوم المساعدة الطبية للإنجاب
- دبلوم الجودة في التحاليل الطبية
- مفتش «ايركا» لنظام إدارة الجودة إيزو 9001
- دبلوم مفتش الجودة في التحاليل الطبية
- محاضر في جامعة محمد السادس
- مفتش الجودة «كوفراك» إيزو 15189

Dr. Jamal ELKAISSOUNI الدكتور جمال القيسوني

BACTERIOLOGIE

COPRO CULTURE

ASPECT MACROSCOPIQUE

Aspect	Pateuses
Couleur	Marron clair
Sang	Absence
Mucus	Absence
Parasites adultes	Absence

CYTOLOGIE

Leucocytes	Peu nombreux
Hématies	Rares

MYCOLOGIE

Levures	Quelques
Culture sur sabouraud	Stérile

BACTERIOLOGIE

Gram négatif	70	%	-
Gram positif	30	%	-

CULTURE

Sur milieux usuels	Absence de developpement de germes pathogènes
Sur milieux sélectifs	Absence de developpement de germes pathogènes

CONCLUSION

Flore fécale équilibrée

EXAMEN PARASITOLOGIQUE DES SELLES

Fibres musculaires	Quelques et bien digérées
Déchets Cellulosiques	Quelques
Amidon	Quelques
Flore idophile	Absence
Filaments mycéliens	Absence
Cristaux de charcot-leyeden	Absence
Cristaux	Quelques cristaux d'acide gras

EXAMEN PARASITOLOGIE

Parasites	Absence
Formes végétatives	Absence
Kystes	Absence
Oeufs	Absence

CONCLUSION

Absence de formes végétatives ou de kystes de parasites

Dossier validé par : jamal EL KAISSOUNI

Laboratoire ~~JAMAL~~
d'Analyses Médicales
Dr. EL KAISSOUNI ~~Jamal~~
35, Av. des ~~PH~~ ~~Châtea~~ ~~Bezgan~~
Tél/Fax: 05 28 33 39 75

مختبر جمال للتحاليل الطبية Laboratoire Jamal d'Analyses Médicales

- Docteur en Pharmacie
- D.E.S de Biologie Médicale
- D.E.A. de Microbiologie - Enzymologie - Nutrition
- Doctorat d'Université mention Biologie-Santé
- DIU de Biologie de la reproduction
- DU Assurance Qualité En Biologie Médicale
- Auditeur IRCA en SMQ ISO 9001
- DU Auditeur Qualité En Biologie Médicale
- Chargé de cours UMI
- Evalueur Technique COFRAC ISO 15189

- صيدلي إحيائي
- دبلوم الدراسات المعمقة في علم
- الميكروبيولوجية وعلم التغذية
- دكتور في علم الصحة والبيولوجية
- دبلوم المساعدة الطبية للإنجاب
- دبلوم الجودة في التحاليل الطبية
- مفتش «ايركا» لنظام إدارة الجودة إيزو 9001
- دبلوم مفتش الجودة في التحاليل الطبية
- محاضر في جامعة محمد السادس
- مفتش الجودة «كوفراك» إيزو 15189

Dr. Jamal ELKAISSOUNI الدكتور جمال القيسوني

Prescripteur : Dr SAADNI Abdelali
Ville : AGADIR



Mlle AOUSS Khadija
DDN : 06/03/2007
Ville : ait melloul

Dossier n°: 2304072071 Enregistré le : 07/04/2023 à 12:25, Edité le : 08-04-2023 à 10:42

-----Compte Rendu d'Analyses-----

HEMATOLOGIE

NUMERATION GLOBULAIRE (Sysmex 4000i)

Hématies :	4.70	millions/ml	(4.00-5.40)
Hémoglobine :	12.2	g/100ml	(12.0-16.0)
Hématocrite :	38.0	%	(37.0-46.0)
VGM :	80.9	μ3	(80.0-98.0)
TCMH :	26.0	pg	(26.0-32.0)
CCMH :	32.1	%	(30.0-36.0)

NUMERATION ET FORMULE LEUCOCYTAIRE

LEUCOCYTES :			21350	/mm ³	(4 000-10 000)
PNN :	80	%	soit 17080	/mm ³	(2 000-7 500)
P.Eosinophiles :	2	%	soit 427	/mm ³	(<500)
P.Basophiles :	0	%	soit 0	/mm ³	(0-100)
Lymphocytes :	15	%	soit 3 203	/mm ³	(1 500-4 000)
Monocytes :	3	%	soit 641	/mm ³	(100-800)

NUMERATION PLAQUETTAIRE

Plaquettes :	386 000	/mm ³	(150 000-400 000)
--------------	---------	------------------	-------------------

BIOCHIMIE SANGUINE GÉNÉRALE ET SPÉCIALISÉE Echantillon sérique

Transa. GOT (ASAT) # (Dosage enzymatique)	17 UI/L	(<35)
Transa. GPT (ALAT) # (Dosage enzymatique)	11 UI/L	(<41)
Ferritine (Dosage CMIA)	30.5 ng/mL	(15.0-150.0)

CRP ultra sensible
(Immunoturbidimétrie)

82.8 mg/l (<10.0)

Aspect du sérum : Clair

IMMUNOLOGIE Echantillon sérique

Anti-transglutaminase IgA

<3.0 U/ml

Interprétation:

(Titre <12 : Négatif)

(Titre 12 à 18 : douteux)

(Titre > 18 : positif)