

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0016135

184489

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 254 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Laghrissi Brika

Date de naissance : 01.01.1940

Adresse : JAMILA 3 Rue 16 N° 46 C.D

Tél. : 0668154352 Total des frais engagés : 2740,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/10/2023

Nom et prénom du malade : La Khirri Brika Age :

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

Nature de la maladie : Laghrissi Brika

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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'Horlog
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

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
12/10/23		2	2500A	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE KAWIAH BOUSKOURA Dr. Z. HIR Izdihar 2, Résidence Malak Patente: 416437 - Tél: 07 00 89 86 51	12/10/23	2240,50 INPE 092101039

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
BOUSKOURA Izdihar 1er, Houc - App. 3 1 Bouskoura - Média 18 Tél: 0522 042 963 - 0522 055 118	12/10/23	B	250 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 :

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															
				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> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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																		
				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

PPV 149DH70
PER 06/26
LOT M2016

DIPREZAR FORT®
Losartan + Hydrochlorothiazide 100 mg/25 mg
30 Comprimés pelliculés
6 118000 041672

PPV 149DH70
PER 06/26
LOT M2016

DIPREZAR FORT®
Losartan + Hydrochlorothiazide 100 mg/25 mg
30 Comprimés pelliculés
6 118000 041672

PPV 149DH70
PER 04/26
LOT M1310

DIPREZAR FORT®
Losartan + Hydrochlorothiazide 100 mg/25 mg
30 Comprimés pelliculés
6 118000 041672

PPV
34DH00

OSMOSINE®
Hydroxyde de Magnésium
Flacon de 260 ml
6 118000 210054

AMM N.05 DMP/21/NRO

Fucidine® 2% pommade
Tube de 15 g
6 118000 120575

Fucidine® 2%
pommade Tube de 15 g
39.70

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Tavanic 500mg, cp pel b7
P.P.V : 205,00 DH
6 118001 080830

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30
P.P.V : 30DH70
6 118000 061847

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30
P.P.V : 30DH70
6 118000 061847

FLAGYL 500 mg
CP PEL B20
P.P.V : 49DH80
6 118000 060062

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30
P.P.V : 30DH70
6 118000 061847

30 Comprimés
sécs

LOT : 430
PER : FEV 2025
PPV : 126 DH 80

60 Comprimés
sécs

LOT : 448
PER : JUN 2025
PPV : 201 DH 00

NO-DEP® 50mg
60 cps pelliculés séables
6 118000 050995

NovoMix® 30 FlexPen®
100U/ml
Suspension injectable
5 stylos pré-remplis de 3ml
PPV : 559 DH

8-9674-73-270-2
6 118001 121298

NovoMix® 30 FlexPen®
100U/ml
Suspension injectable
5 stylos pré-remplis de 3ml
PPV : 559 DH

8-9674-73-270-2
6 118001 121298

Dr Salwa KHIAYT

Omnipraticienne

Du en Diabéologie de Bordeaux : Diabète

Régimé, Obésité, Maladies du Cholestérol

Du en Nutrition Clinique (à Rabat)

Du en Echographie Générale (à casa)

Spécialité en Medecine du Travail (Rennes)

Certificat de Médecine d'Urgence (CHU Casa)

Du de gynécologie Médicale et fertilité

الدكتورة سلوى خياط

الطب العام

دبلوم أمراض السكري

دبلوم التغذية الكلينية

دبلوم الفحص بالصدى

دبلوم طب الشغل

دبلوم أمراض النساء و العقم

Casablanca le : 12-10-2023 : الدار البيضاء في

M. Laghira Brika.

- ECU .

- crechiner avec calcul de la chorane.

LABORATOIRE BOUTAM
D'ANALYSE MÉDICALE
مختبر بوتام للتحاليل الطبية
Lot Izdihar Imm. Houde 2 Appt. 13
Elg 1 Bouskoura - Casablanca
Tél: 0522 012 353-0908 585 118

الدكتورة سلوى خياط
تجربة إزدهار، الطابق الأول - بوسكورة
بوسكورة البيضاء - الهاتف : 06 95 89 93 83

مختبر بوطعم للتحاليل الطبية
LABORATOIRE BOUTAM D'ANALYSES MEDICALES

Bouskoura , le 23/10/2023

Facture

N° facture 23-4607

Date 12/10/2023 19:06:00

INPE :



Mme LARHRISSI Brika

Code Acte	Designation Acte	Cotation	
CREA	Créatinine	30	
CLAIRANCE	CLAIRANCE DE CREATININE (MDRD)	40	
ECBU	EXAMEN CYTO-BACT. DES URINES	150	
S	Prélèvement sang veineux	1	
U	Urines	2	
	Déplacement		
		Total	250,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : Deux cent cinquante dirhams***

LABORATOIRE BOUTAM
D'ANALYSE MEDICALE
مختبر بوطعم للتحاليل الطبية
Lot Izdiha, Imm. Houda 2 Appl. 3
Eto 1 Bouskoura - Casablanca
Tél: 0522 01 23 63 - GSM: 08 08 58 51 08

Prélèvement à domicile sur rendez-vous

Adresse : Immeuble Houda 2, 1er étage, Lotissement Izdiha, Bouskoura
Tél : 05 22 01 23 63 - GSM : 08 08 58 51 08 - Email : laboratoire.boutam@gmail.com

Dr. NEZHA BOUTAM

- Médecin Biologiste
- Ancienne Médecin Résidente au CHU Ibn Rochd de Casablanca
- Lauréate de la Faculté de Médecine & de Pharmacie de Casablanca



د. نزهة بوتعم

طبيبة اختصاصية في التحاليل الطبية
 طبيبة مقيمة سابقة بالمستشفى الجامعي
 ابن رشد - الدار البيضاء
 خريجة كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء



Bouskoura, le 23/10/2023

Compte rendu d'analyses

Dossier : 2310-00523 Pvt du:12/10/2023

Nom :Mme LARHRISSI Brika

Prescripteur Dr : SALWA KHIYAT

Page : 1/3

BIOCHIMIE

Créatinine

(DOS ENZYM- MINDRAY B240PRO)

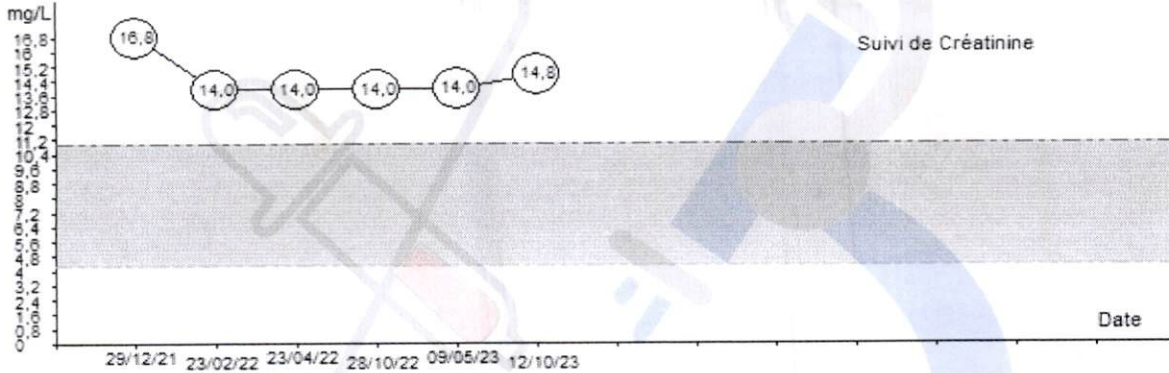
: 14,77 mg/L
 131 μ mol/L

Valeurs Usuelles

(4,3 - 11)

(38 - 97)

Antériorité



CHIMIE URINAIRE

CLAIRANCE DE LA CREATININE ESTIMEE (MDRD)

35.93 ml/mn/1,73 m2

(MDRD =Modification of Diet in Renal Disease)

Valeurs Usuelles

Antériorité

Classification de la maladie rénale chronique(HAS)

En vue d'une harmonisation avec les recommandations internationales, la classification de la maladie rénale chronique est définie en six stades selon le DFG (ml/min/1,73m^2) :

Stade	DFG	Définition
1	= 90	Maladie rénale chronique* avec DFG normal ou augmenté
2	60-89	Maladie rénale chronique* avec DFG légèrement diminué
3 A	45-59	Insuffisance rénale chronique modérée
3 B	30-44	Insuffisance rénale chronique modérée
4	15-29	Insuffisance rénale chronique sévère
5	< 15	Insuffisance rénale chronique terminale

*Avec marqueurs d'atteinte rénale : protéinurie clinique, hématurie, leucocyturie, ou anomalies morphologiques ou histologiques, ou marqueurs de dysfonction tubulaire, persistant plus de trois mois.

Nous vous remercions de votre confiance, Prélèvement à domicile sur rendez-vous

Lotissement Izdihar, Immeuble Houda 2, 1er Etage, (en face de Bim) Bouskoura

تجزئة الإزدهار، إقامة هدى 2 الطابق الأول، (مقابل بيم مشروع) بوسكورة

Tél : 05 22 01 23 63 / 08 08 58 51 08 - Email : laboratoire.boutam@gmail.com

Dr. NEZHA BOUTAM

- Médecin Biologiste
- Ancienne Médecin Résidente au CHU Ibn Rochd de Casablanca
- Lauréate de la Faculté de Médecine & de Pharmacie de Casablanca



د. نزهة بوطعم

طبيبة اختصاصية في التحاليل الطبية
طبيبة مقيمة سابقة بالمستشفى الجامعي
ابن رشد - الدار البيضاء
خريجة كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء

Mme LARHRISSI Brika

Dossier : 2310-00523

Page : 2/3

BACTERIOLOGIE

EXAMEN CYTO-BACTERIOLOGIQUE DES URINES

(Cultures sur milieux : CLED et Milieu Chromogènes QXOID)

RECUEIL : MILIEU DU JET

EXAMEN PHYSICO-CHIMIQUE

Aspect : Trouble
PH : 9
Glycosurie : Absence
Protéinurie : Absence
Nitrites : Positif+++
Corps cétoniques : Absence
Sang : Trace

EXAMEN CYTOLOGIQUE

Cellules épithéliales : Absence
Leucocytes : 150 000 /mL (Inférieur à 10000)
Soit : 150 /mm3 (Inférieur à 10)
Hématies : 10 000 /mL (Inférieur à 10000)
Soit : 10,00 /mm3 (Inférieur à 10)
Cristaux : Absence
Cylindres : Absence
Examen direct : Bacilles Gram Négatif

EXAMEN BACTERIOLOGIQUE

Bactériurie : >100000 Germes/ml
Culture (Sur milieu gélosé) : Proteus mirabilis

LABORATOIRE BOUTAM
D'ANALYSES MEDICALES
مختبر بوطعم بوسكورة
للتحاليل الطبية
Lot Izdihar Imm. Houda 2 App. 3
Erg 1 Bouskoura - Casablanca
Tél : 05 22 01 23 63 / 08 08 58 51 08

Nous vous remercions de votre confiance, Prélèvement à domicile sur rendez-vous

Lotissement Izdihar, Immeuble Houda 2, 1er Etage, (en face de Bim) Bouskoura

تجزئة الازدهار، إقامة هدى 2 الطابق الأول، (مقابل بيم مشروع) بوسكورة

Tél : 05 22 01 23 63 / 08 08 58 51 08 - Email : laboratoire.boutam@gmail.com

Dr. NEZHA BOUTAM

- Médecin Biologiste
- Ancienne Médecin Résidente au CHU Ibn Rochd de Casablanca
- Lauréate de la Faculté de Médecine & de Pharmacie de Casablanca



د. نزهة بوطعم

طبيبة اختصاصية في التحاليل الطبية
 طبيبة مقيمة سابقة بالمستشفى الجامعي
 ابن رشد - الدار البيضاء
 خريجة كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء

Mme LARHRISSI Brika

Dossier : 2310-00523

Page : 3/3

Antibiogramme(s)

Proteus mirabilis (ENTEROBACTERIE (EUCAST(V2)2016)) : ECBU

Antibiotique	Résultats
1. Betalactamines	
Ceftazidime (FORTUM)	SENSIBLE
Céfixime (OROKEN)	SENSIBLE
Amoxi + ac. clavulanique (AUGMENTIN)	Intermédiaire
2. Quinolones	
Ciprofloxacin (CIFLOX)	SENSIBLE
3. Aminosides	
Amikacine (AMIKLIN)	SENSIBLE
Gentamycine (GENTALLINE)	Résistant
8. Divers	
Imipenème (TIENAM)	SENSIBLE
Betalactamines	
Céfépime (Axepim)	SENSIBLE
Quinolones	
Levofloxacin (TAVANIC)	SENSIBLE

LABORATOIRE BOUTAM
 D'ANALYSE MEDICALE
 مختبر بوطعم بوسكورة
 Lot Izdihar Imme. Houda 2 Apt. 3
 Fig 1 - Bouskoura - Casablanca
 Tél: 0522 012 363 585 1 8

Nous vous remercions de votre confiance, Prélèvement à domicile sur rendez-vous

Lotissement Izdihar, Immeuble Houda 2, 1er Etage, (en face de Bim) Bouskoura
 تجزئة الإزدهار، إقامة هدى 2 الطابق الأول، (مقابل بيم مشروع) بوسكورة
 Tél : 05 22 01 23 63 / 08 08 58 51 08 - Email : laboratoire.boutam@gmail.com

KELA FER 70

Fer bisglycinate 70 mg

Composition	Dosage par gélule	Équivalent en élément	% AJR *
Vitamine C	80 mg	-	100%
Fer Bisglycinate chélaté	70 mg	14 mg	100%
Sodium starchglycolate	Q.S.P	-	-
Silice colloïdale anhydre		-	-
Stéarate de magnésium		-	-
Acide citrique		-	-
Maltodextrine		-	-

AJR*: Apports journaliers recommandés

Ceci est un complément alimentaire, ce n'est pas un médicament.

PRESENTATION :

KELA FER 70 mg se présente sous forme de boîte de 30 gélules.

KELA FER : FER DE NOUVELLE GENERATION :

KELA FER contient du fer avec la meilleure absorption et la meilleure tolérance digestives, à savoir, fer chélaté par des acides aminés.

KELA FER n'interagit pas avec les aliments (thé, café, lait...etc.).

KELA FER permet de supplémenter les carences en fer et couvre le besoin journalier en vitamine C.

La vitamine C participe à augmenter l'absorption du fer contenu dans les aliments d'origine végétale, les œufs et les produits laitiers ce qui augmente la réserve en fer dans l'organisme.

DANS QUELS CAS KELA FER EST RECOMMANDÉ ?

KELA FER est particulièrement recommandé pour les enfants et les adolescents en périodes de croissance, aux femmes enceintes ou allaitantes, en cas de règles abondantes et pour les personnes ayant un régime végétarien.

CONSEILS D'UTILISATION :

- **KELA FER 70** : 1 à 2 gélules par jour.
- Cure de trois mois renouvelable.
- On peut ouvrir les gélules et les mélanger à une compote ou à un dessert ou du lait.
- Ne pas dépasser la dose recommandée par votre médecin.
- Ne pas laisser à la portée des enfants.

CONTRE-INDICATIONS :

KELA FER est contre-indiqué en cas de :

- Allergie à l'un des constituants.
- Antécédents de maladies responsables de surcharge en fer.



Fabrizio par XEN Laboratories
Unité de production: Valbonne Saint Julien 2014
Cofinancé par le Ministère de l'Économie, du Développement et du Commerce
Importé et distribué par Dr. Laroche, Centre Médical
11 Avenue Lefebvre et Montmartre
91100 Évry-Courcouronnes

N°CE : DA 2020210559DMP/20UCAV1
Date CE : 12 JAN 2021



KELA FER® 70

Iron 70 mg / Vit C

Composition	Dosage per capsule	Equivalent in element	% RDI *
Vitamin C	80 mg	-	100%
Chelated iron bisglycinate	70 mg	14 mg	100%
Sodium starch glycolate	Q.S	-	-
Anhydrous colloidal silica		-	-
Magnesium stearate		-	-
Citric acid		-	-
Maltodextrin		-	-

RDI *: Recommended Daily Intake

This is a dietary supplement, it is not a medicine.

PRESENTATION:

KELA FER 70 mg is presented in form of 30 capsules box.

KELA FER : IRON OF A NEW GENERATION.

KELA FER contains iron with the best absorption and the best digestive tolerance, knowing, chelated iron by amino acids.

KELA FER does not interact with food (tea, coffee, milk).

KELA FER permits to supplement the iron deficiency and to cover the daily needs in C vitamin.

The C vitamin participates in increasing the absorption of iron available in vegetable origin food, eggs and dairy products that increases the reserve of iron in the body.

USE ADVICE:

- **KELA FER 70** : 1 to 2 capsules a day, preference with meals.
- Three months renewable treatment.
- We can open the capsules and mix them with compote or with a dessert or milk.
- Do not exceed the recommended dose by your doctor.
- Keep it out the reach of children.

CONTRAINDICATIONS :

KELA FER is contra-indicated in case of:

- Allergy to one of its constituents.
- Diseases' antecedents responsible for iron overload in the body.



Manufactured by XEN Laboratories
Production unit: Maghnie Sider Establin 2004
Headquarters: Avenue 2 Août
Imported and distributed by Dr. Lopez, Madrid center,
El general Llanos Hospital and Montaña
El Mar 16 - 28015 Madrid