

## 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 : N° P19- 0018597**

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03212 Société : .....  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : .....  
Nom & Prénom : GHAYATOURIA Date de naissance : 19-08/56  
Adresse : Rue TAMAL elkh AFAM elkh TANIG  
Tél. : 0622764300 Total des frais engagés : 512,60 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 : Neoplasie pulmonaire

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 : TANIG

Le : 13/05/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

### Adresses Mails utiles

- ☐ Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- ☐ Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- ☐ Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://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
12.05.23	SC		300	Dr. Naoual MAMOU Oncologie - Radiothérapie Rue des Acacias - Casablanca 2015 05 22 77 91 44

# 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
LABORATOIRE SEKKA R.D.C. 70000, de la Résistance - Tan Tel.: 05 39 34 13 13 - Fax: 05 39 34 13 13 N° PE 163001027	17/05/23	B 140	212,60 DM

# AUXILIAIRES MEDICAUX

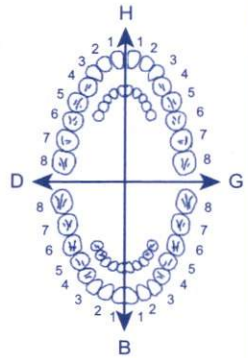
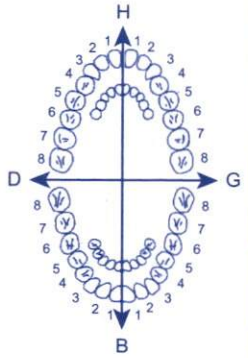
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	[Création, remont, adjonction]			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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



# LABORATOIRE SEKKAT D'ANALYSES MEDICALES

RDC, 70 Bd de la Résistance (Ex Quevedo)

TANGER

INPE: 163001027

Tél.: 0539 34 13 13 - Fax.: 05 39 34 34 04

E. Mail: labosek2@gmail.com



Docteur Moncef SEKKAT

Pharmacien Biologiste

ICE: 001619062000025

If: 83100121 Patente: 50483100 CNSS 2481373

BMCI: 013 640 01063 001284 001 81 92

Tanger le 17 mai 2023

Monsieur GHYAYA OURIAGHLI JAMAL EDDINE

FACTURE N°	122616
------------	--------

## Analyses :

Numération formule sanguine -----	B	80	Total : B 140
Urée -----	B	30	
Créatinine -----	B	30	

## Prélèvements :

PRISE DE SANG 1-----	Pc	2
----------------------	----	---

TOTAL DOSSIER	212,60 DH
---------------	-----------

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Deux Cent Douze Dirhams et Soixante Centimes

LABORATOIRE SEKKAT  
R.D.C. 70, Bd. de la Résistance - Tanger  
Tél.: 05 39 34 13 13 - Fax: 05 39 34 34 04  
INPE 163001027



# LABORATOIRE SEKKAT D'ANALYSES MEDICALES

RDC, 70 Bd de la Résistance (Ex Quevedo)  
TANGER

Tél. : 0539 34 13 13 - Fax.: 05 39 34 34 04  
E. Mail: labosek2@gmail.com



Docteur Moncef SEKKAT  
Pharmacien Biologiste  
Ancien interne des Hopitaux de Montpellier

Dossier du : 17/05/23

DN : 19/08/1954

Prélèvement effectué à 08:22

Edition du : 17/05/23

Monsieur GHYAYA OURIAGHLI JAMAL EDDINE

Docteur NAOUFAL MAMOU

Réf. : 23E812

Page : 1/1

## HEMATOLOGIE

### NUMERATION FORMULE SANGUINE-RETICULOCYTES (AUTOMATE SYSMEX XT2000)

		Normales		Antériorités
		(Homme Adulte)		03/01/23
HEMATIES -----	5,22	M/mm <sup>3</sup>	4,4 - 5,7	4,92
HEMOGLOBINE -----	16,8	g/100 ml	13,5 - 17,5	16,3
HEMATOCRITE -----	48,9	%	40 - 50	47,0
- VGM -----	94	μ <sup>3</sup>	85 - 95	96
- CCMH -----	34,4	g/100 ml	32 - 36	34,7
- TCMH -----	32,2 *	pg	26 - 32	33,1
PLAQUETTES -----	257 000	/mm <sup>3</sup>	150000 - 400000	228000
LEUCOCYTES -----	8 530	/mm <sup>3</sup>	4000 - 10000	6660
NEUTRO. : 72,6 % (VN: 40 - 75) soit-----	6 193	/mm <sup>3</sup>	2000 - 7500	4316
EOSINO. : 0,5 % (VN: 1 - 4) soit-----	43	/mm <sup>3</sup>	100 - 400	53
BASO. : 0,2 % (VN: < 1) soit-----	17	/mm <sup>3</sup>	< 150	20
LYMPHO. : 20,0 % (VN: 20 - 45) soit-----	1 706	/mm <sup>3</sup>	1500 - 4000	1678
MONO. : 6,7 % (VN: 2 - 8) soit-----	572	/mm <sup>3</sup>	200 - 800	593

## CHIMIE DU SANG

UREE (Roche, Integra 400+) -----	0,37	g/l	0,1 - 0,5	0,38
Soit -----	6,17	mmol/l	1,67 - 8,34	6,33
CREATININE (Roche, Integra 400+) -----	10,2	mg/l	5 - 12	10,6
Soit -----	90	μmol/l	44 - 106	94

  
Dr. Moncef SEKKAT  
R.D.C. 70, Bd. de la Résistance - Tanger  
Tél.: 05 39 34 13 13 - Fax: 05 39 34 34 04  
INPE 163001027





AKDITAL

Centre International d'Oncologie Casablanca  
المركز الدولي لعلاج الأورام بالدار البيضاء

Dr. Naoufal MAMOU  
Oncologue - Radiothérapeute  
Ancien chef de clinique des Hôpitaux de Bordeaux

Casablanca, le .....

27/03/2023

**Mr. GHAYAYA JAMAL EDDINE**

NFS

Urée + créatinine

Dr. Naoufal MAMOU  
Oncologue - Radiothérapeute  
Centre International d'Oncologie Casablanca  
Route de l'Oasis - Rue des Alouettes - Casablanca  
Tél. : 05 22 77 82 28 - Fax : 05 22 99 65 74  
E-mail : info@ciocasablanca.ma  
Site web : www.ciocasablanca.ma