

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.

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



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-790748

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01506

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ELALLALI FATIHA

Date de naissance : 4-11-1957

Adresse : Phos lamhalla Lot Bayt El Magdiss Rue

Al Karonfoul 1 NR 11 Oujda

Tél. : 0673 15 1976 Total des frais engagés : 3434,3 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 13/06/2023

Nom et prénom du malade : ELALLALI FATIHA

Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Cancer du sein gauche local

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

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>04 JUL. 2023</p> <p>Pharmacie - Oujda</p> <p>24 75 52</p>	04/07/23	1554,30
	661850780	N° INP

ANALYSES RADIOGRAPHIQUES			
Cachet et signature du Laboratoire de Radiologie	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	24/06/13	B80	80A
	06/23	SP4	# 1500 DA

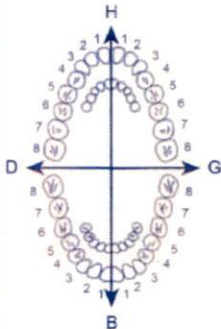
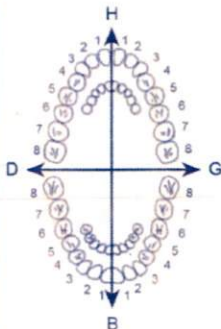
[illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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	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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	B															
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Oujda le : 26 JUN 2023 : وجدة في :

Certificat médical

Je soussigné certifie
que M. ALALI Fehi
se soigne pour une hypertriglycémi-
médicométreuse. (Examen de sang
pour son x25 du sein), sous
Lipenthy 160 mg.

CLINIQUE OUJDA
URGENCE



مصحة الشفاء وجدة CLINIQUE ACHIFAA OUJDA

Mme EL ALLALI FATIHA

26/06/2023

TDM THORACIQUE C -/C+

Médecin demandeur :

Chère consœur, merci de nous avoir confié votre patiente pour la réalisation de cet examen.

RC :

Technique : Examen réalisé en mode spiralé sans et avec injection de PC/IV sur l'étage thoracique avec reconstructions multi planaires.

Résultats :

- Aspect stable du nodule pulmonaire en verre dépoli LSD de 10mm de diamètre.
- Quelques micronodules sous pleuraux (environ 2) millimétriques d'allure non spécifique (2mm de diamètre pour le plus grand LSG).
- Absence d'adénopathies médiastinales.
- Absence d'épanchement pleuropéricardique.
- Absence d'anomalie osseuse d'allure suspecte.
- Absence de masse mammaire.
- Absence d'adénopathies axillaires (ganglions à centre graisseux, corticale fine, d'allure bénigne).
- Absence d'anomalie à l'étage abdominal supérieur.

CONCLUSION

- Stabilité du nodule en verre dépoli LSD.
- Absence d'apparition de lésion récente.

CONFRATERNELLEMENT

Dr Bel Houssine FZ

Dr BELHOUSSEINE Fatima Zahra
Médecin Radiologue
Clinique Achifaa Oujda
INPE 081207664



080061898

Clinique Achifaa: Bd Med Jelloul 3 - Oujda - Tél: 05.36.53.08.08 / 05.36.53.09.09 - Fax: 05.36.53.03.53 - Gsm: 06.71.37.03

E-mail: mohamednouri2003@yahoo.com - FB/Clinique Achifaa Oujda - Youtube/Clinique Achifaa Oujda

T.P: 11277320 - I.F: 15201462 - ICE: 001702708000034 - C.N.S: 4207892 - BMCE BANK RIB: 011570000001210003631



10/13/2013

Me ALALI FATIMA

TDM T Thoracique
comparative

Cancer du sein
gauche opéré, sous
hormono thérapie depuis
2010

 مركز الكندي الشرقي
CENTRE ORIENTAL AL KINDY
Dr SOUFI NORA
Radiothérapeute - Oncologue
INPE: 101111193

Dr BELHOUCHE Fatim Zahra
Médecin Radiologue
Clinique Achifaa Oujda
INPE 081207664

www.cok.ma

Adresse : Ryad Isly, Quartier Marjane - Oujda
Tél. : +212 536 70 70 81 / 82 / 83 Fax : +212 536 70 70 85

E-mail : contact@cok.ma

IF : 25084346 ICE : 002037182000033 RC : 33517 Patente : 10200963

13/6/2023

Mme te Allale Fatima

51810x3 = 155430

ORDONNANCIER N°:

ex ~~em~~ avec 25 g


1 cop' g'

(S.V)

Total = 155430

pol

3 mois


 مركز الكندي الشرقي
 CENTRE ORIENTAL AL KINDY
 Dr SOUFI NORA
 Radiothérapie - Oncologie
 Tél: 05 36 74 75 52

Pharmacie ZENATI
DR ZENATI SAMIR
 04 JUL 2023
 Lot. Menor Lazeret - Oujda
 Tél: 05 36 74 75 52
 N° INP

www.cok.ma

Adresse : Ryad Isly, Quartier Marjane - Oujda
 Tél : +212 536 70 70 81 / 82 / 83 Fax : +212 536 70 70 85
 E-mail : contact@cok.ma

IF : 25084346 ICE : 002037182000033 RC : 33517 Patente : 10200963

CENTRE ORIENTAL AL KINDY

OUJDA

0522 39 33 33 LG



Reçu de caisse

Identifiant patient	Nom du patient	Date encaissement
F-20-06-0040-063	FATIHA ELALLALI	13/06/2023
Mode paiement	Motif/Référence de paiement	Montant Dhs
Espèces	Consultation	300.00

Reçu établi par ANANE.B





مصحة الشفاء وجدة

CLINIQUE ACHIFAA OUJDA

Facture N° : 575/0623

26/06/2023



080061898

Nom et prénom : Madame EL ALLALI FATIHA

Date Consult. : 26/06/2023

Actes :

- Tdm thoracique

Désignation	Total
- tdm thoracique c+	1 500.00
Total	
1 500,00	

Arrêtée la présente facture à la somme de mille cinq cents Dirhams



080061898



Clinique Achifaa: Bd Med Jelloul 3 - Oujda - Tél:05.36.53.08.08 / 05.36.53.09.09 - Fax: 05.36.53.03.53 - Gsm: 06.71.37.02.69
E-mail: mohamednouri2003@yahoo.com - FB/Clinique Achifaa Oujda - Youtube/Clinique Achifaa Oujda
T.P:11277320 - I.F:15201462 - ICE:001702708000034 - CNSS: 4207892 - BMCE BANK RIB: 011570000001210003631690

LABORATOIRE ABDELMOUMEN D'ANALYSES MEDICALES

Docteur Asmae LAMJOUN
INPE :083060640
ICE : 001636557000050
IF:40122309

8 RUE JAKARTA
OUJDA
0536 68 74 74/76 - 0662 55 71 77
Taxe professionnelle:10837042

Oujda le 24 juin 2023

Mme ELALLALI FATIHA

FACTURE N°	183666
------------	--------

Analyses :			
Urée -----	B	30	
Clearance à la créatinine -----	B	50	Total : B 80
Prélèvements :			
Sang-----	Pc	1,5	
TOTAL DOSSIER			80,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Quatre vingt Dirhams

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
ABDELMOUMEN
Dr. Asmae LAMJOUN
8, Rue Jakarta - OUJDA
Tél: 0536 68 74 74 / 76 - Fax: 0536 68 74 75

18/10/13

me Allale FATIHA

mère

créatine

 مركز الكندي الشرقي
CENTRE ORIENTAL AL KINDY

Dr SOUFI NORA
Radiothérapeute - Oncologue
INPE: 101111193

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
DR. ABDELMOUMEN
8, Rue Jakarta - Oujda
Tél: 0536 68 74 76 - Fax: 0536 68 74 75



مختبر التحليلات الطبية عبد المومن

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES ABDELMOUMEN

Biochimie - Hématologie - Bactériologie - Virologie - Parasitologie - Mycologie - Immunologie

Dr Asmae LAMJOUN
Spécialiste en Biologie Clinique

الدكتورة أسماء لمجون
أخصائية في البيولوجيا السريرية

Diplômée de l'Université de Pharmacie de MONASTIR
Ex - Attachée aux CHU de SOUSSE et MONASTIR

Dossier créé le : 24/06/23
Edité le : 24/06/23
Prélèvement effectué à 11:07

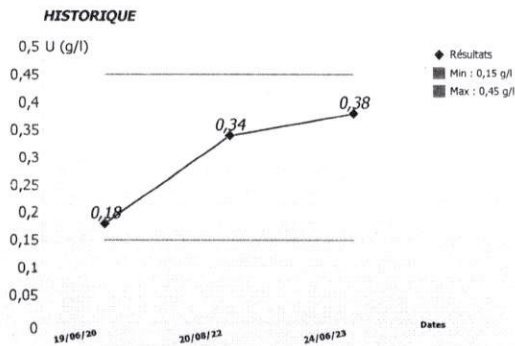


Mme ELALLALI FATIHA
Dossier : 23F1A38

Page : 1/2

BIOCHIMIE

			Normales	Antériorité
Urée -----	0,38	g/l	0,15 - 0,45	20/08/22 0,34
Soit -----	6,33	mmol/l	2,5 - 7,5	5,67



LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
ABDELMOUMEN
Dr Asmae LAMJOUN
Résidence Saidi - Oujda
Tél: 0536 68 74 74 - Fax: 0536 68 74 75



مختبر التحاليل الطبية عبد المومن

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES ABDELMOUMEN

Biochimie - Hématologie - Bactériologie - Virologie - Parasitologie - Mycologie - Immunologie

Dr Asmae LAMJOUN
Spécialiste en Biologie Clinique

الدكتورة أسماء لمجون
أخصائية في البيولوجيا السريرية

Diplômée de l'Université de Pharmacie de MONASTIR
Ex - Attachée aux CHU de SOUSSE et MONASTIR

Dossier créé le : 24/06/23

Edité le : 24/06/23

Prélèvement effectué à 11:07



Mme ELALLALI FATIHA

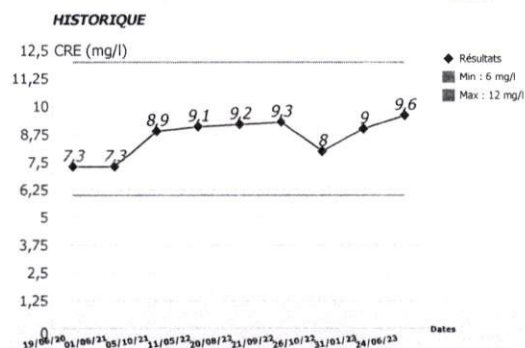
Dossier : 23F1A38

Page : 2/2

CLEARANCE A LA CREATININE

Selon la formule du MDRD - (Modification of the Diet in Renal Disease)

Créatinine ----- : **9,6** mg/l 6 - 12 31/01/23 9,0
Soit ----- : **85** μ mol/l 53 - 106 80



Débit de filtration glomérulaire (DFG) ----- : **62** ml/mn/1,73 m2 67

Stades MRC	Définitions (ml/mn/1,73 m2)	DFG
1	Pas d'insuffisance rénale	≥ 90
2	Insuffisance rénale légère	60 - 89
3	Insuffisance rénale modérée	30 - 59
4	Insuffisance rénale sévère	15 - 29
5	Insuffisance rénale très sévère	< 15

MRC : maladie rénale chronique

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
ABDELMOUMEN
Dr Asmae LAMJOUN
Résidence Saidi - OUJDA
Tél: 0536 68 74 74 - Fax: 0536 68 74 75

EXEMESTANE ZENITH® 25 mg
Exémestane
Comprimé pelliculé

PPV: 518,00 DH

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre le médicament.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez à aucun autre, même en cas de symptômes identiques, car il peut être nocif.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

1. Qu'est-ce que **EXEMESTANE ZENITH®** et dans quel cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre **EXEMESTANE ZENITH®** ?
3. Comment prendre **EXEMESTANE ZENITH®** ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver **EXEMESTANE ZENITH®** ?
6. Contenu de l'emballage et autres informations

1. Qu'est-ce que **EXEMESTANE ZENITH®** et dans quel cas est-il utilisé ?

CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE

ANTI-HORMONES-INHIBITEURS ENZYMATIQUES. Code ATC : L02BG06

INDICATIONS THERAPEUTIQUES

EXEMESTANE ZENITH® est indiqué dans le traitement adjuvant du cancer du sein invasif à un stade précoce exprimant des récepteurs aux estrogènes, chez les femmes ménopausées, à la suite d'un traitement adjuvant initial d'une durée de 2 à 3 ans par tamoxifène.

EXEMESTANE ZENITH® est indiqué dans le traitement du cancer du sein à un stade avancé chez la femme ménopausée naturellement ou artificiellement après échec du traitement par antiestrogènes.

L'efficacité n'a pas été démontrée chez les patientes dont les cellules tumorales ne possèdent pas de récepteurs aux estrogènes.

2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre **EXEMESTANE ZENITH®** ?

Ne prenez jamais **EXEMESTANE ZENITH®** :

- si vous êtes ou avez été allergique (hypersensible) à l'exémestane (la substance active d'**EXEMESTANE ZENITH®**) ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament.

- si vous n'êtes pas encore ménopausée (vous avez encore vos règles),
- si vous êtes enceinte, que vous êtes susceptibles de l'être, ou si vous allaitez.

Précautions d'emploi ; mises en garde spéciales

Faites attention avec **EXEMESTANE ZENITH®** :

- Avant un traitement par **EXEMESTANE ZENITH®**, votre médecin peut effectuer des prélèvements sanguins pour confirmer votre ménopause.
- Un contrôle de routine de votre taux de vitamine D sera aussi effectué avant l

EXEMESTANE ZENITH® 25 mg
Exémestane
Comprimé pelliculé

PPV: 518,00 DH

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre le médicament.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez à aucun autre, même en cas de symptômes identiques, car il peut être nocif.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

1. Qu'est-ce que **EXEMESTANE ZENITH®** et dans quel cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre **EXEMESTANE ZENITH®** ?
3. Comment prendre **EXEMESTANE ZENITH®** ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver **EXEMESTANE ZENITH®** ?
6. Contenu de l'emballage et autres informations

1. Qu'est-ce que **EXEMESTANE ZENITH®** et dans quel cas est-il utilisé ?

CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE

ANTI-HORMONES-INHIBITEURS ENZYMATIQUES. Code ATC : L02BG06

INDICATIONS THERAPEUTIQUES

EXEMESTANE ZENITH® est indiqué dans le traitement adjuvant du cancer du sein invasif à un stade précoce exprimant des récepteurs aux estrogènes, chez les femmes ménopausées, à la suite d'un traitement adjuvant initial d'une durée de 2 à 3 ans par tamoxifène.

EXEMESTANE ZENITH® est indiqué dans le traitement du cancer du sein à un stade avancé chez la femme ménopausée naturellement ou artificiellement après échec du traitement par antiestrogènes.

L'efficacité n'a pas été démontrée chez les patientes dont les cellules tumorales ne possèdent pas de récepteurs aux estrogènes.

2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre **EXEMESTANE ZENITH®** ?

Ne prenez jamais **EXEMESTANE ZENITH®** :

- si vous êtes ou avez été allergique (hypersensible) à l'exémestane (la substance active d'**EXEMESTANE ZENITH®**) ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament.

- si vous n'êtes pas encore ménopausée (vous avez encore vos règles),
- si vous êtes enceinte, que vous êtes susceptibles de l'être, ou si vous allaitez.

Précautions d'emploi ; mises en garde spéciales

Faites attention avec **EXEMESTANE ZENITH®** :

- Avant un traitement par **EXEMESTANE ZENITH®**, votre médecin peut effectuer des prélèvements sanguins pour confirmer votre ménopause.
- Un contrôle de routine de votre taux de vitamine D sera aussi effectué avant l

EXEMESTANE ZENITH® 25 mg
Exémestane
Comprimé pelliculé

PPV: 518,00 DH

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre le médicament.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait être nocif.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

1. Qu'est-ce que **EXEMESTANE ZENITH®** et dans quel cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre **EXEMESTANE ZENITH®** ?
3. Comment prendre **EXEMESTANE ZENITH®** ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver **EXEMESTANE ZENITH®** ?
6. Contenu de l'emballage et autres informations

1. Qu'est-ce que **EXEMESTANE ZENITH®** et dans quel cas est-il utilisé ?

CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE

ANTI-HORMONES-INHIBITEURS ENZYMATIQUES. Code ATC : L02BG06

INDICATIONS THERAPEUTIQUES

EXEMESTANE ZENITH® est indiqué dans le traitement adjuvant du cancer du sein invasif à un stade précoce exprimant des récepteurs aux estrogènes, chez les femmes ménopausées, à la suite d'un traitement adjuvant initial d'une durée de 2 à 3 ans par tamoxifène.

EXEMESTANE ZENITH® est indiqué dans le traitement du cancer du sein à un stade avancé chez la femme ménopausée naturellement ou artificiellement après échec du traitement par antiestrogènes.

L'efficacité n'a pas été démontrée chez les patientes dont les cellules tumorales ne possèdent pas de récepteurs aux estrogènes.

2. Quelles sont les informations à connaître avant de prendre **EXEMESTANE ZENITH®** ?

Ne prenez jamais **EXEMESTANE ZENITH®** :

- si vous êtes ou avez été allergique (hypersensible) à l'exémestane (la substance active d'**EXEMESTANE ZENITH®**) ou à l'un des autres composants contenus dans ce médicament.

- si vous n'êtes pas encore ménopausée (vous avez encore vos règles),
- si vous êtes enceinte, que vous êtes susceptibles de l'être, ou si vous allaitez.

Précautions d'emploi ; mises en garde spéciales

Faites attention avec **EXEMESTANE ZENITH®** :

- Avant un traitement par **EXEMESTANE ZENITH®**, votre médecin peut effectuer des prélèvements sanguins pour confirmer votre ménopause.
- Un contrôle de routine de votre taux de vitamine D sera aussi effectué avant