

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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

N° W21-790748



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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01506

Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : EL ALLALI FATHA

Date de naissance : 4-11-1957

Adresse : Phaz Lamhalla Lot Bayt El Maghrib Rue  
Al Koran 1001 NR 11 Oujda

Tél. : 0673-15-19-76 Total des frais engagés : 3434,3 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 13/08/2023

Nom et prénom du malade : EL ALLALI FATHA

Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Cancer du sein gauche localisé

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

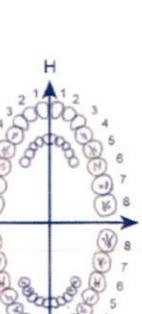
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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) :

ANALYSES RADIOGRAPHIES		082058199	
Cachet et signature du Laboratoire et du mandataire	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
ABDELMOUNA 8, Rue Jakarta - OUJDA Tél: 0536 68 74 74 / 0536 68 74 75 Fax: 0536 68 74 74 / 0536 68 74 75	24/06/23	TDI	80 DA
	24/06/23	TDI	1500 DA

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		<b>Dents Traitées</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Nature des Soins</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Coefficient</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>												
				<b>INP :</b> <input type="checkbox"/>												
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="checkbox"/>												
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="checkbox"/>												
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="checkbox"/>												
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="checkbox"/>												
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b>          Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G		
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G																
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="checkbox"/>												
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="checkbox"/>												
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="checkbox"/>												
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="checkbox"/>												

Oujda le : ..... 26 JUIN 2013

وجدة في :

Reçu contre médicament

de

souigné

certifié

que M. ALALI

Fétiha

est suivi pour un hypertriglycéridé

médiocreatine. (Examen révèle une augmentation de son taux de rein), sous

lipenthyd 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 consoeur, 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



080061898



10/13/2023

ame Abbali FATHA

TDM Thorax

comparative

Cancer du sein  
Jeu de opér. sous  
hormono thérapie défis  
2020

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

Dr BELHOUSSINE ZAHRA  
Médecin Radiologue  
Clinique Achifa Oujda  
NPE 081207664

[www.cok.ma](http://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

Dr Me A. Allali

Saléha

$$51810 \times 3 = 155430$$

ORDONNANCIER N°: .....

ex envoi aue 25-3

100 j

(S.V)

Total = 155430

reut

3 mois

مركز الكندي الشرقي  
CENTRE ORIENTAL AL KINDY  
Dr SOUH NORA  
Radiothérapeute - Oncologue  
N°INP: 101111193



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 : 00203718200033 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	
- 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

ر. ٢٣١٦٢٣

نسمة Adale FATHA

نسمة

Creatinine

ABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES  
Dr. ASMAE LAMJOUD  
B, Rue Jekerfa, P.O. 0536 687415  
Tél: 0536 687415 - Fax: 0536 687415

Dr SOUFI NORA  
Radiothérapeute - Oncologue  
INPE: 101111193



# مختبر التحاليل الطبية عبد المؤمن

## LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES ABDELMOUMEN

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

Dr Asmae LAMJOUN

Spécialiste en Biologie Clinique

Diplômée de l'Université de Pharmacie de MONASTIR

Ex - Attachée aux CHU de SOUSSE et MONASTIR

الدكتورة أسماء لمجون

أخصائية في البيولوجيا السريرية

Dossier créé le : 24/06/23

Édité le : 24/06/23

Prélèvement effectué à 11:07



Mme ELALLALI FATHIA

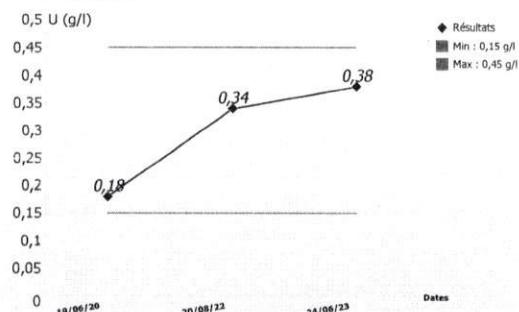
Dossier : 23F1A38

Page : 1/2

### BIOCHIMIE

			Normales	Antériorité
Urée -----:	<b>0,38</b>	g/l	0,15 - 0,45	0,34
Soit -----:	<b>6,33</b>	mmol/l	2,5 - 7,5	5,67

#### **HISTORIQUE**



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 المؤمن

## LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES ABDELMOUMEN

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

Dr Asmae LAMJOUN

Spécialiste en Biologie Clinique

Diplômée de l'Université de Pharmacie de MONASTIR

Ex - Attachée aux CHU de SOUSSE et MONASTIR

الدكتورة أسماء لمجون

أخصائية في البيولوجيا السريرية

Dossier créé le : 24/06/23

Édité le : 24/06/23

Prélèvement effectué à 11:07



Mme ELALLALI FATHIHA

Dossier : 23F1A38

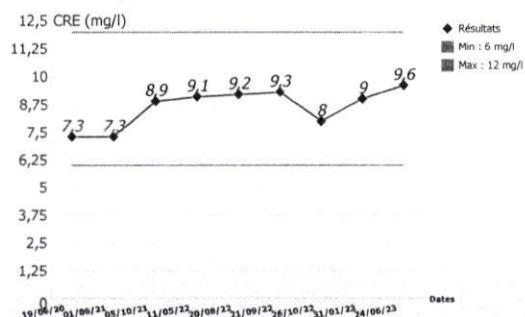
Page : 2/2

### 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
Soit ----- :	85 µmol/l	53 - 106	80

#### HISTORIQUE



Débit de filtration glomérulaire (DFG) ----- : 62 ml/mn/1,73 m<sup>2</sup> 67

Stades MRC	Définitions (ml/mn/1,73 m <sup>2</sup> )	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 ce médicament.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez toute autre question, si vous avez un dou d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques à ceux de la personne pour laquelle il a été prescrit.
- 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**

ANTIHORMONES-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).

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

**EXEMESTANE ZENITH® 25 mg**  
**Exémestane**  
**Comprimé pelliculé**

PPV: 518,00 DH

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce 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 quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques à votre pharmacien.
- 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**

ANTIHORMONES-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

**EXEMESTANE ZENITH® 25 mg**  
**Exémestane**  
**Comprimé pelliculé**

PPV: 518,00 DH

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce 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 quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques à votre pharmacien.
- 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**

ANTIHORMONES-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).

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