

# 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.

## Biologie 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.

## Educations :

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.

## Prothèse 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.

## 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)

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)



☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1053 Société : R.A.M.  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Retraité  
Nom & Prénom : KHIDI OUI Khadija  
Date de naissance : 22/02/1948 CABA  
Adresse : 342 Bd oued oum Rabi oula CABA  
Tél. : 066256446 Total des frais engagés : Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. EL FATIM  
Professeur de Médecine Physique  
et Réadaptation Fonctionnelle  
Path-appl Locomoteur Podologie

Date de consultation : 10/04/2020  
Nom et prénom du malade : M. KHIDI OUI Khadija Age :  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Pseudopolyarthrite MUPRAS  
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 10/04/2020  
Signature de l'adhérent(e) :

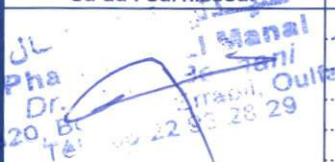
Dr. EL FATIM  
Professeur de Médecine Physique  
et Réadaptation Fonctionnelle  
Path-appl Locomoteur Podologie  
21/04/2020




# 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
10-4-2020	CS	CS	300,00	 INP: 09037077

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10/04/2020	45,60

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	13/04/2020	2.890	1100,00

# AUXILIAIRES MEDICAUX

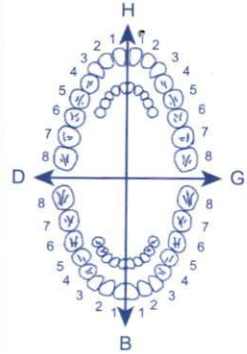
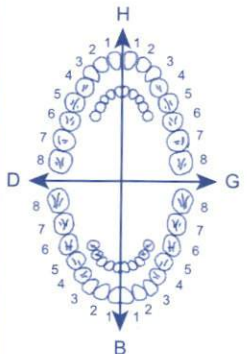
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

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

# ORDONNANCE

Le: 10/04/2020

M<sup>me</sup> KHIDILOU Khadija

22.80 x 2

1° Cortangyl 5mg:

1 cp matin } pdt 1 mois.  
et 1 cp soir }

2° Puis cortangyl 5mg

1/2 cp matin } pdt 1 mois.  
et 1 cp soir }

45.60



صيدلية المناعي  
Pharmacie El Manai  
Dr. Hajar Benham  
320, Bd. Oum Errabi, Ouffa  
Tél : 05 22 93 28 29

# Cortancyl® 5 mg

sanofi aventis

Prédnisone ..... 5 mg  
..... amidon de maïs, lactose, stéarate de magnésium, talc pour un

IQUE

## DANS QUELS CAS UTILISER CE MÉDICAMENT

Ce médicament est un corticoïde.

Il est indiqué dans certaines maladies, où il est utilisé pour son effet anti-inflammatoire.

## ATTENTION !

### Dans quel cas ne pas utiliser ce médicament

Ce médicament NE DOIT PAS ÊTRE UTILISÉ dans les cas suivants :

- la plupart des infections,
- certaines maladies virales en évolution (hépatites virales, herpès, varicelle, zona),
- certains troubles mentaux non traités,
- vaccination par des vaccins vivants,
- antécédent d'allergie à l'un des constituants.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

### Mises en garde spéciales

Ce médicament doit être pris sous stricte surveillance médicale.

### AVANT LE TRAITEMENT :

Prévenir votre médecin en cas de vaccination récente, en cas d'ulcère digestif, de maladies du côlon, d'intervention chirurgicale récente au niveau de l'intestin, de diabète, d'hypertension artérielle, d'infection (notamment



ORDONNANCE

Dr. EL FATIM Abdelilah  
Professeur de Médecine Physique  
et Réadaptation Fonctionnelle  
Path-appl Locomoteur Podologie

Le : 16-4-2020.

M<sup>me</sup> KHIDOU Khadija.

1° NFS - Pq

2° VS

3° CRP

4° Cortisolémie de 8h

5° Latex waterase

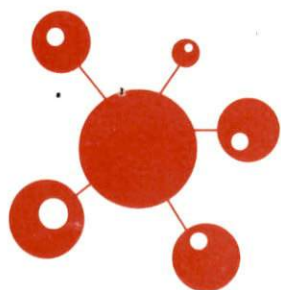
6° Ac anti CCP.

7° glycémie à jeun

8° Hb glyquée.

Laboratoire ORLJO  
Analyses Médicales  
Dr. Saïd El HAFIANE  
199 bd Oum Rabii - Casablanca  
Tel : 05 22 90 90 44  
Fax : 00 1698908000008

Dr. EL FATIM Abdelilah  
Professeur de Médecine Physique  
et Réadaptation Fonctionnelle  
Path-appl Locomoteur Podologie



مختبر التحاليل الطبية

LABORATOIRE DE BIOLOGIE MÉDICALE  
**ORBIO**

Dr.Said EL HAFIANE : Pharmacien Biologiste, Ancien interne des hôpitaux de Nancy ( France )

**FACTURE N : 200400068**

CASABLANCA le 13-04-2020

**Mme Khadija KHIDIOUI**

Demande N° 2004132003

Date de l'examen : 13-04-2020

Analyses :

**Récapitulatif des analyses**

CN	Analyse	Val	Clefs
PS	Prélèvement sang adulte	E10	E
	Vitesse de sédimentation	B30	B
	TEST DE WAALER-ROSE	B50	B
	Glycémie à jeun	B30	B
	Test au Latex	B50	B
	Hémoglobine glycosylée	B100	B
0119	Hémoglobine glycosylée	B100	B
0153	Cortisol	B250	B
0216	Numération formule	B80	B
0370	CRP	B100	B
	Ac anti CCP	B300	B

Total des B : 990

TOTAL DOSSIER : 1100.00DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : mille cent dirhams

**LABORATOIRE OREIO**

**Analyses Médicales**

Dr. Said EL HAFIANE

199 Bd Oum Rabii - Casablanca

Tél : 05.22.90.90.44

N° ICE : 001698908000008

RIB BMCI : 013 78 001091 000 38 30013 648

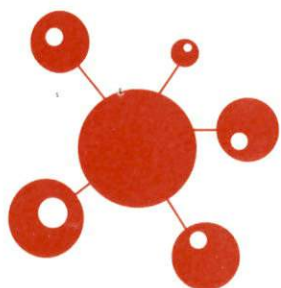
**Recto - Verso**

**www.orbio.ma - HORAIRES D'OUVERTURE**

**du Lundi au Vendredi de 7h30 à 18h30 / le Samedi 8h00 à 13h00**

199 , Boulevard Oum Rabii , EL OULFA Casablanca Tél.: +212 (0)5 22 90 90 44 / Fax : +212 (0)5 22 90 90 42 / Email : contact@orbio.ma

T.B : 24044873 - I.F : 15240654 - CNSS : 9115842 - ICE : 001698908000008



مختبر التحليلات الطبية

LABORATOIRE DE BIOLOGIE MÉDICALE  
**ORBIO**

Dr.Said EL HAFIANE : Pharmacien Biologiste, Ancien interne des hôpitaux de Nancy ( France )

A Casablanca, le Mercredi 15 Avril 2020

Dossier N° : 2004132003

Mme Khadija KHIDIOUI

Né(e) le : 22-02-1948

Date de l'examen : 13-04-2020

Prélevé le : au labo 13-04-2020 08:19

Prescription : Dr. Nouha RAISSOUNI

Mme Khadija KHIDIOUI  
CASABLANCA



**HEMATOLOGIE**  
**HEMOGRAMME**

**Hématies :**

(Sang total, cytométrie en flux, Sysmex XT 1800i)

Hémoglobine :

Hématocrite :

VGM :

TCMH :

CCMH :

RDW :

**Leucocytes :**

Poly. Neutrophiles :

Soit:

Poly. Eosinophiles :

Soit:

Poly. Basophiles :

Soit:

Lymphocytes :

Soit:

Monocytes :

Soit:

**Plaquettes**

(Sang total, cytométrie en flux, Sysmex XT 1800i)

4.580 T/l	(4.100-5.400)	4.500
4 580 000 /mm <sup>3</sup>	(4 100 000-5 400 000)	
13.5 g/100 ml	(11.5-16.0)	12.9
40.4 %	(37.0-47.0)	40.4
88.2 µ3	(80.0-100.0)	89.8
29.5 pg	(>27.0)	28.7
33.4 g/100 ml	(31.0-36.5)	31.9
15.8 %	(0.0-18.5)	15.6
6 570.0 /mm <sup>3</sup>	(4 000.0-10 500.0)	5 800.0
39.8 %		42.7
2 615 /mm <sup>3</sup>	(1 700-6 300)	2 477
2.1 %		3.1
138 /mm <sup>3</sup>	(10-730)	180
0.6 %		0.0
39 /mm <sup>3</sup>	(0-150)	0
46.4 %		44.7
3 048 /mm <sup>3</sup>	(1 100-3 330)	2 593
11.1 %		9.5
729 /mm <sup>3</sup>	(220-880)	551
305 000 /mm <sup>3</sup>	(150 000-400 000)	302 000

**LABORATOIRE ORBIO**  
Analyses Médicales  
Dr. Said EL HAFIANE  
199 Bd Oum Rabii Casablanca  
Tél : 05 22 90 90 44  
N° ICE : 001698908000008

Page 1 sur 4

Recto - Verso

www.orbio.ma - HORAIRES D'OUVERTURE

du Lundi au Vendredi de 7h30 à 18h30 / le Samedi 8h00 à 13h00

199, Boulevard Oum Rabii, EL OULFA Casablanca Tél.: +212 (0)5 22 90 90 44 / Fax : +212 (0)5 22 90 90 42 / Email : contact@orbio.ma

T P : 36046873 - I.F : 15240654 - CNSS : 9115842 - ICE : 001698908000008



## VITESSE DE SEDIMENTATION

VS 1ère heure

14 mm (<20)

07-09-2019

25

VS 2ème heure

37 mm

55

(Sang total, Automate VT25)

## BIOCHIMIE SANGUINE

Sang tube sec, gel, héparine

**Glycémie à jeun**

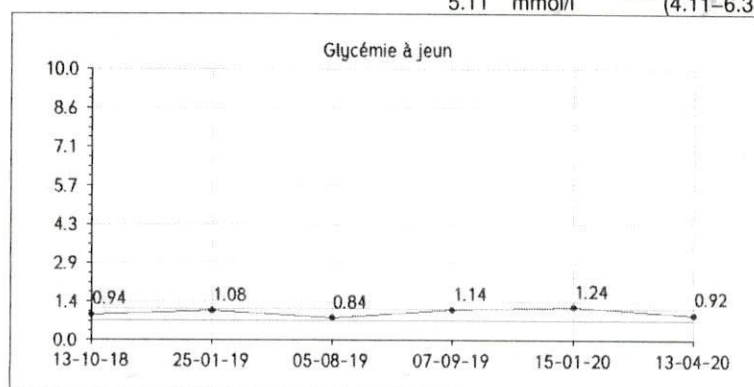
0.92 g/l (0.74–1.15)

15-01-2020

1.24

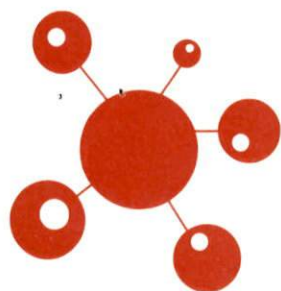
(Héxokinase)

5.11 mmol/l (4.11–6.38)



**LABORATOIRE OREIO**  
Analyses Médicales  
Dr. Said EL HAFIANE  
199 Bd Oum Rabii - Casablanca  
Tél : 05.22.90.90.44  
N° ICE : 001698903000003





# مختبر التحاليل الطبية

## LABORATOIRE DE BIOLOGIE MÉDICALE

### ORBIO

Dr.Said EL HAFIANE : Pharmacien Biologiste, Ancien interne des hôpitaux de Nancy ( France )  
2004132003 – Mme Khadija KHIDIOUI

#### HBA1c :

(Méthode H.P.L.C Biorad D10, certifiée par les sociétés internationales de standardisation (IFCC), sang total)

Intervalle de références selon l'ANAES :

4.0 – 6.0 % : état non diabétique ou diabète très bien équilibré.

6.1 – 6.5 % : diabète bien équilibré.

6.6 – 8.0 % : diabète à surveiller. Modification du traitement à envisager en fonction de l'état clinique et du résultat du prochain contrôle d'HbA1c.

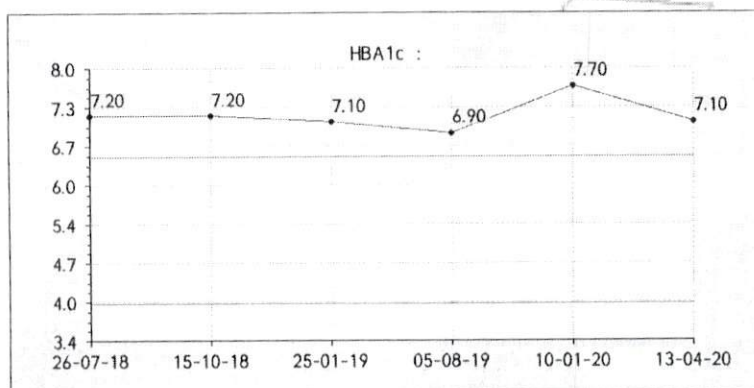
Sup. à 8 % : diabète non équilibré. Modification du traitement recommandé si un résultat équivalent est retrouvé lors du prochain dosage.

7.1 %

(4.0–6.5)

10-01-2020

7.7



#### CRP

(Immunoturbidimétrie)

<5.0 mg/l

(<5.0)

05-08-2019

7.8

### HORMONOLOGIE

Sang tubes sec, gel

Heure du prélèvement

08H20

#### CORTISOL

(Chimiluminescence, Beckman Coulter)

Avant 10h00: 250 – 700 nmol/l

Après 16h00: 50 – 350 nmol/l

637.00 nmol/l

230.9 µg/L

(250.00–700.00)

(90.6–253.8)

24-11-2015

502.60

### IMMUNOLOGIE–SEROLOGIES

Test au Latex

(Rhumalatex, Fumouze)

NEGATIF

LABORATOIRE OREIO

Analyses Médicales

Dr. Said EL HAFIANE

199 Bd Oum Rabi - Casablanca

Tél : +212 522 90 90 44

N° ICE : 001698908000008

Page 3 sur 4

Recto - Verso

www.orbio.ma – HORAIRES D'OUVERTURE

du Lundi au Vendredi de 7h30 à 18h30 / le Samedi 8h00 à 13h00

199 , Boulevard Oum Rabi , EL OULFA Casablanca Tél.: +212 (0)5 22 90 90 44 / Fax : +212 (0)5 22 90 90 42 / Email : contact@orbio.ma

N° ICE : 001698908000008

2004132003 – Mme Khadija KHIDIQUI

**Test de waaler-Rose**  
(Technique Fumouze)

NEGATIF

Interprétation : Négatif <12 ; Douteux entre 12 et 30 ; Positif >30

**AUTO-IMMUNITE**

Sang tubes sec, gel

**Anticorps anti peptides citrullinés cyclisés(CCP)**

– Résultat : (RC)

PRESENCE

– Taux :

**21.60** U/ml (<20.00)

(E.I.A Automate Alegria Orgentec)

< 20 : Négatif

> ou = 20 : Positif

(RC) : Résultat contrôlé

Validé biologiquement par le Dr EL HAFIANE Said

