

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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° W19-580427

U8598

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 1497-		Société : R.A.N.	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : MIRDASS Fatima			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 06 99 90 03 10		Total des frais engagés : Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Complémentaire			
Date de consultation : / /			
Nom et prénom du malade :			
Age:			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :			
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) :



العمليات الإشعاعية والصور

توقيع و طابع طبيب الأشعة أو الإحيائي
Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP	المبلغ المفoter Montant facturé	توقيع و طابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant	تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP/NABM	المبلغ المفoter Montant facturé	توقيع و طابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
06/07/2023	23	B	210+1,12	220,00					
INPE et code à Barres									
AM151999530									

جريدة العمليات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الملموسة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفoter Prix facturé	توقيع الصيدلي أو مuron التجهيزات Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
6/7/2023	3526.00	DR. M. AMARHAN PHARMACIE IFRANE
INPE et code à Barres		
AM151999530		

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire

Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total

وصف العمليات المجرأة				
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع و طابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant
06/07/2023	C2	250.00		
INPE et code à Barres				
INPE et code à Barres				

CIM-10

العمليات المساعدة الطبية					
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفoter Montant facturé	توقيع و طابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INPE et code à Barres					
INPE et code à Barres					

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies – dixième révision

بيان تعويضات التأمين الصحي
الإجباري

**RELEVE DES PRESTATIONS
AMO**



مديرية التأمين الصحي الإجباري
Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

مرجع رقم : REF : 610-2-06 :

Page : 1

Référence structurée : 200998209177564

Emis à Casablanca le : 10/09/2020

Identifiant de la famille تعریف العائلة

REHOUMA MOHAMED
AV MOHAMMED EL FASSI RTE IMMOUZER RES AL
QODS NR 19 APPT 6
FES 3005

Informations :

معلومات :

مرجع الإشعار بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	العمليات Actes	مهنيو الصحة Prestataires de soins	مبلغ المصارييف Montant de la dépense	التعرفة المرجعية Tarif de référence	المعامل Coeff.	الكمية Quantité	أساس التعويض Base de remboursement	نسبة التعويض Taux de remboursement%	مبلغ التعويض Montant remboursé
REHOUMA MOHAMED										
061377171	06/07/2020	CS	MEDECIN SPECIALISTE	250,00	150,00	1,00	1,00	150,00	85	127,50
061377171	06/07/2020	B	MEDECIN SPECIALISTE	220,00	1,10	210,00	1,00	231,00	85	187,00
061377171	06/07/2020	PH	MEDECIN SPECIALISTE	3 526,60	3 201,00	1,00	1,00	3 201,00	85	2 720,85
Total remboursé pour MOHAMED										3 035,35
Total général remboursé										3 035,35

ما عدا خطأ أو نسيان

Dr. EL QAZBANI Zoubida

Spécialiste en Endocrinologie
Et maladies métaboliques
Diabétologie - Nutrition
(Sur Rendez-vous)

INP 14 105 87 84

د. القرزاني زبيرة

أخصائية في أمراض الغدد
أمراض الإستقلاب
السكري - التغذية
(بالموعد)

Fès, le 06/07/25

Mr Rehmane

Rohamed

744.50 x 2
Ranitidine 50 mg



30.00 x 2
Zocor 20 mg

571.50 x 3
Acerola 100 mg



Pd 600
Plexig

22.00 x 5
22.00 x 5
22.00 x 5
22.00 x 5
4/100



21، شارع غسان الكنفاني، رقم 12 الطابق 2، مكتب طيبة أمام حديقة للأمريرم - فاس

05.35.65.26.02 (بالموعد)

B 165000 + 160.000 (all)



G ball (25)

3526.00

U plecis /
Pdt (100)



REHOUNA MOHAMED

159935125

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat-R.P.1.
Al sebaâ Casablanca
Lantus 100U/ml, inj b6 sty
P.P.V : 744,00 DH

6 118001 081615

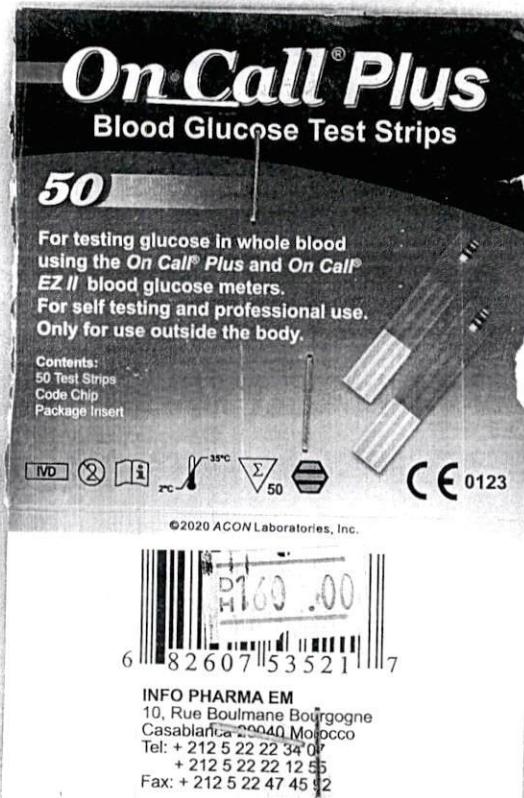
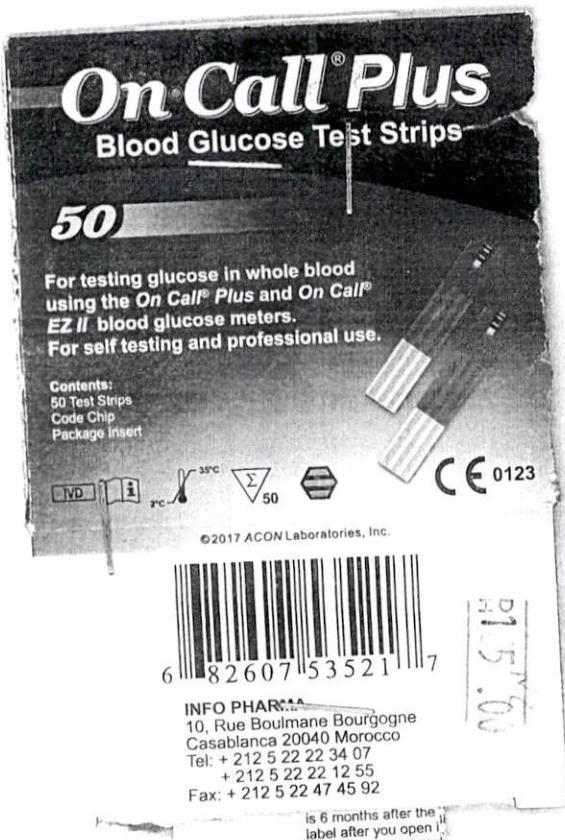
Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat-R.P.1.
Al sebaâ Casablanca
Lantus 100U/ml, inj b6 sty
P.P.V : 744,00 DH

6 118001 081615

NovoRapid® FlexPen®
100U/ml
Solution injectable
5 stylos pré-remplis de 3ml
PPV : 647 DH
8-9670-73-270-1
6 118001 121304

NovoRapid® FlexPen®
100U/ml
Solution injectable
5 stylos pré-remplis de 3ml
8-9670-73-270-1
6 118001 121304

NovoRapid® FlexPen®
100U/ml
Solution injectable
5 stylos pré-remplis de 3ml
8-9670-73-270-1
6 118001 121304



Dr. EL QAZBANI Zoubida و. القزياني زبيرة

أخصائية في أمراض الغدد السكري والتغذية

INP 14 105 87 84

M..... Rehouma..... D... Fès, le 06.07.20..

- | | |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> HBA1C | <input type="checkbox"/> Transaminases |
| <input type="checkbox"/> Glycémie à jeun | <input type="checkbox"/> Gamma GT <input checked="" type="checkbox"/> CPK |
| <input type="checkbox"/> Cholesterol total | <input type="checkbox"/> Phosphatase alcaline |
| <input type="checkbox"/> LDL <input type="checkbox"/> HDL | <input type="checkbox"/> Microalbuminurie 24h |
| <input type="checkbox"/> Triglycerides | <input type="checkbox"/> Proteinurie 24h |
| <input type="checkbox"/> Ac. urique | <input type="checkbox"/> ECBU+ ATB |
| <input type="checkbox"/> Urée <input checked="" type="checkbox"/> Crétatine | <input checked="" type="checkbox"/> NFS <input type="checkbox"/> VS <input type="checkbox"/> PSA |
| <input type="checkbox"/> Na+ <input type="checkbox"/> K+ | <input type="checkbox"/> CRP <input type="checkbox"/> TP-INR |
| <input type="checkbox"/> Calcémie <input type="checkbox"/> Phosphorémie | <input type="checkbox"/> Ferritine <input type="checkbox"/> Vit. B12 |
| <input type="checkbox"/> Calciurie 24h <input type="checkbox"/> PTH | <input type="checkbox"/> Prolactine |
| <input type="checkbox"/> 25OH Vit D ₂ D ₃ | <input type="checkbox"/> Testosterone |
| <input type="checkbox"/> Magnésium | <input type="checkbox"/> FSH <input type="checkbox"/> LH |
| <input type="checkbox"/> TSH <input type="checkbox"/> FT 3 <input type="checkbox"/> FT 4 | <input type="checkbox"/> 17 B oestradiol |
| <input type="checkbox"/> TSI <input type="checkbox"/> Ac anti TPO | <input type="checkbox"/> Cortisol 8 ^H |
| <input type="checkbox"/> Ac anti thyroglobuline | |
| <input type="checkbox"/> Thyroglobuline | |

LABORATOIRE KANDOUSA
Mr REHOUMA Mohamed
14-07-1950



ORDONNANCE

21، شارع غسان الكنفاني، رقم 12 الملاطبق 2، مكاتب طيبة أمام حدائقه للأمراء فاس
الهاتف : 05.35.65.26.02 (بالموء)

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES KANDOUSSI

Docteur ABDELALI KANDOUSSI
Médecin Biologiste
Lauréat de la faculté de Médecine de Reims

Bureau Al Fath, Lots Walili
67, Avenue des FAR - FES AGDAL
Tél : 035 73 24 30 / 32 - Fax : 035 73 24 31

N° de patente : 13604729
N° d'identification fiscale : 16471818
N° d'affiliation à la CNSS : 6935540
N° ICE : 000419654000009

FACTURE N° : 200700086

FES le 06-07-2020

Mr REHOUMA Mohamed

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	E10	E
0111	Créatinine	B30	B
0119	Hémoglobine glycosylée	B100	B
0216	Numération formule	B80	B

Total des B : 210

TOTAL DOSSIER : 220.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : deux cent vingt dirhams .

035 73 24 30 31 - Fax 035 73 24 31



مختبر القندوسي للتحاليلات الطبية

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALE KANDOUSSI

Dr. Abdelali KANDOUSSI

Médecin Biologiste

Lauréat de la Faculté de Médecine de Reims

Ancien Interne et Assistant des Hôpitaux de France

Médecin : Dr. EL QAZBANI Zoubida
Prélèvement du : 06-07-2020
Référence : 2007062021
Edition : 06-07-2020

Mr REHOUMA Mohamed
Code Patient 1612262023



HEMATOLOGIE

NUMERATION FORMULE SANGUINE

(Automates SYSMEX XT 4000i et SYSMEX XT 2000i)

NUMERATION GLOBULAIRE

	Résultats	Unité	Valeurs de référence	Antériorités
LEUCOCYTES :	9 840	/mm ³	(4 000–11 000)	28 430
HEMATIES :	4.00	M/ μ l	(4.28–6.00)	2.52
HEMOGLOBINE :	11.8	g/dL	(13.5–17.0)	7.2
HEMATOCRITE :	37.4	%	(39.0–50.0)	21.3
V.G.M (Volume globulaire moyen) :	93.5	fL	(78.0–98.0)	84.5
T.C.M.H :	29.5	μ g	(26.0–34.0)	28.6
C.C.M.H :	31.6	g/dL	(31.0–36.0)	33.8
MORPHOLOGIE ERYTHROCYTAIRE	Normale			

FORMULE LEUCOCYTAIRE

POLYNUCLEAIRES NEUTROPHILES :	79.7	%		93.5
Soit :	7 842	/mm ³	(1 800–7 000)	26 582
POLYNUCLEAIRES EOSINOPHILES :	3.2	%		0.0
Soit :	315	/mm ³	(0–630)	0
POLYNUCLEAIRES BASOPHILES :	0.3	%		0.0
Soit :	30	/mm ³	(0–110)	0
LYMPHOCYTES :	12.3	%		2.4
Soit :	1 210	/mm ³	(1 000–4 800)	682
MONOCYTES :	4.0	%		3.7
Soit :	394	/mm ³	(180–1 000)	1 052
Granulocytes immatures :	0.5	%		0.4
Soit :	49	/mm ³		114

PLAQUETTES

265 000	/mm ³	(150 000–400 000)	312 000
---------	------------------	-------------------	---------

N.B : les valeurs de référence de la NFS, utilisées dans notre laboratoire, proviennent d'une étude portant sur 33258 sujets sains vivant en France (Troussard et al, 2014).

مختبر القندوسي للتحاليلات الطبية
Laboratoire d'analyses Médicales
KANDOUSSI
Tél: 05 35 73 24 30/32 - Fax: 05 35 73 24 31

Page : 1/3

Urgences : Prélèvements à domicile : Tél: 05 34 : 06 71 46 22 62 - 06 76 86 18 28

67, Av. des FAR, Bureaux Al Fath (A côté de KITEA) 30000 - Fès

Tél : 05 35 73 24 30 / 32 - Fax : 05 35 73 24 31

E-mail : labokandoussi2005@gmail.com - Site Web : labokandoussi-fes.com



مختبر القندوسي للتحاليلات الطبية

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALE KANDOUSSI

Dr. Abdelali KANDOUSSI

Médecin Biologiste

Lauréat de la Faculté de Médecine de Reims

Ancien Interne et Assistant des Hôpitaux de France

Référence : 2007062021

Mr REHOUMA Mohamed

Prélèvement du : 06-07-2020

BIOCHIMIE SANGUINE

AU 480 (BECKMAN COULTER*) ET INDIKO PLUS (THERMOSCIENTIFIC*)

Résultats	Unité	Valeurs de référence	Antécédent(s)
-----------	-------	----------------------	---------------

07-01-2020

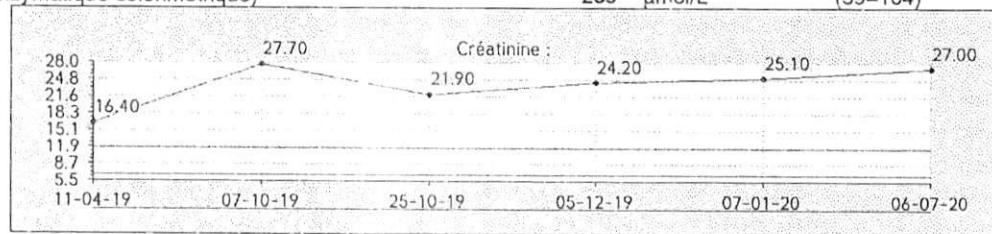
Créatinine : (RC)

(Technique enzymatique colorimétrique)

27.0 mg/L
239 µmol/L

(6.7-11.7)
(59-104)

25.1



27-02-2020

Hémoglobine glyquée (HbA1c)

(Technique HPLC sur Automate D10 BIORAD*)

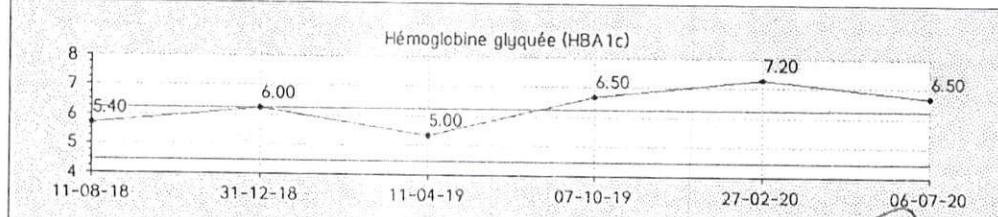
6.5 %

(4.0-6.0)

7.2

Selon le guide HAS affection de longue durée sur le diabète de type 2, Le dosage de l'HbA1c doit être réalisé 4 fois par an.

Type de diabète	Valeur cible d'HbA1c
Pour la plupart des patients diabétiques de type 2	inférieure ou égale à 7 %
Pour les patients diabétiques de type 2 : <ul style="list-style-type: none"> • dont le diabète est nouvellement diagnostiquée. • ET dont l'espérance de vie est supérieure à 15 ans. • ET sans antécédent cardio-vasculaire. 	inférieur ou égal à 6,5 %
Pour les patients diabétiques de type 2 : <ul style="list-style-type: none"> • avec une comorbidité grave avérée et/ou une espérance de vie limitée (< 5 ans). • OU avec des complications macrovasculaires évoluées. • OU ayant une longue durée d'évolution du diabète (> 10 ans) et pour lesquels la cible de 7 % s'avère difficile à atteindre 	inférieure ou égale à 8 %
Pour les patients diabétiques de type 1	inférieure ou égale à 7,5 %



مختبر القندوسي للتحاليلات الطبية
Laboratoire d'Analyses Médicales
KANDOUSSI

Page : 2/3

Urgences : Prélèvements à domicile : Tél: 05 35 73 24 30 / 06 71 46 22 62 - 06 70 55 18 20 - Fax: 05 35 73 24 31

67, Av. des FAR, Bureaux Al Fath (A côté de KITEA) 30000 - Fès

Tél: 05 35 73 24 30 / 32 - Fax : 05 35 73 24 31

E-mail : labokandoussi2005@gmail.com - Site Web : labokandoussi-fes.com



مختبر القندوسي للتحاليل الطبية LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALE KANDOUSSI

Dr. Abdelali KANDOUSSI
Médecin Biologiste
Lauréat de la Faculté de Médecine de Reims
Ancien Interne et Assistant des Hôpitaux de France

Référence : 2007062021
Prélèvement du : 06-07-2020

Mr REHOUMA Mohamed

(RC) : Résultat contrôlé

Demande validée biologiquement par : Dr. ABDELALI KANDOUSSI

مختبر القندوسي للتحاليل الطبية
Laboratoire d'Analyses Médicales
KANDOUSSI
Tél: 05 35 73 24 30 / 32 - Fax: 05 35 73 24 31

Page : 3/3

Urgences : Prélèvements à domicile : 05 35 73 24 06 71 46 22 62 - 06 76 86 18 28

67, Av. des FAR, Bureaux Al Fath (A côté de KITEA) 30000 - Fès

Tél: 05 35 73 24 30 / 32 - Fax: 05 35 73 24 31

E-mail : labokandoussi2005@gmail.com - Site Web : labokandoussi-fes.com