

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.

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 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
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : 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



Déclaration de Maladie

N° P19-0039431

N° = 16912 *Cover*

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2074 Société :
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : BENAMAR MHAMMED
 Date de naissance : 15-07-1953
 Adresse : Route Maghnia Lot Talhaoui rue B3
 N°41 Oujda
 Tél : 06 11 87 25 96 Total des frais engagés : 19550 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 02 / 11 / 2019
 Nom et prénom du malade : ABDELMOUMINI RACHIDA Age : 61
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : Cancer de sein
 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 : Oujda Le : 02 / 11 / 2019
 Signature de l'adhérent(e) :

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02.11.2019	415.50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
		B.S.F	80,00

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 :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'

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

AMM N° 306 DMP/21/INCPB
CONSEIL NATIONAL DES PHARMACIENS

Cotipred® 20 mg
prednisolone
20 comprimés effervescents sécables
6 118000 041016

INDY
du Maroc

Indications, contre-indications et posologie :
voir notice.
AMM N°: 36/13DMP/21/NRQ
P.P.V : 323,00 DH

E. NO. 275
MFG. 04/2019
EXP. 04/2022
s 1.5T
ettes
aphie
phie
nelle

2.11.19

ABDELMOUNNI RACHIDA

PPV: 48DH50
PER: 04-22
LOT: 1941

bottu
82, Allée des Courants - 48 Saida - Casablanca
S. Bachouch - Pharmacien Responsable

ONSET®
10 Comprimés
8mg

صيدلية أزهار إسلي
PHARMACIE AZHAR ISL
DR. RIM MAHMOUDI
Oujda - Tel: 0536 522 510

ipred 20

(S.V)

cp et 1/2 polt 4j

LOT: 9MA066
PER: 04 2024
IMODIUM 2MG GELULE
20 Gél
P.P.V : 30DH50
6 118000 010845

30.15

2) Imodium 2gell

selle liquidee puis

2 gell 3x1j si diarrhée

323.00

3) Onset 8

(S.V)

T= 415.15

1cp 1j

13.15

1/2 vaseline 4j

officine unj (moins)

DR. BRAHMI SAMI A.S.
Professeur Agrégé
Oncologue Medical
INPE : 141148157
CHU MED VI - Oujda

www.alkindyoriental.ma

Adresse : Ryad Isly, Quartier Marjane - Oujda
Tél : +212 536 70 70 81 / 82 / 83 Fax : +212 536 70 70 85
E-mail : contact@alkindyoriental.ma
ICE 0020371620003 RC : 400181 Patente : 34256327

2.11.19

Amé ABDELOUANI RAENIDA

M NFS

LABORATOIRE D'ANALYSES
MEDICALE ALKINDY
DR. ABDELKADER RAENIDA
Méd. Oncologie
Place du 16 Novembre, Oujda
Tél: 053661981 Fax: 0536712500

DR. GRAHMI SAÏD
Professeur A
Oncologue M.
INPE : 14148192
- CHU MED VI - Oujda

www.alkindyoriental.ma

Adresse : Ryad Isly, Quartier Marjane – Oujda
Tél : +212 536 70 70 81 / 82 / 83 Fax : +212 536 70 70 85
E-mail : contact@alkindyoriental.ma
IF : 25084346 ICE : 002037182000033 RC : 400181 Patente : 34256327



مختبر التحليلات الطبية زوهير

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES ZOHEIR

مختبر حاصل على الشهادة الدولية للجودة ISO 9001 Laboratoire certifié ISO 9001



Dr. Jaouhar ZOHEIR Médecin Biologiste.
Diplômé de la Faculté de Médecine de Nancy - France
Expert Assermenté auprès des Tribunaux

الدكتور جوهـر زوهير طبيب أحيائي
خريج كلية الطب - نانسي - فرنسا
خبير محلف لدى المحاكم

FACTURE N° : 191100787

Date de l'examen : 21-11-2019

Mme RACHIDA ABDELMOUMNI

Analyses :

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	B0	B
	Numération formule sanguine	B54	B

Total des B : 54

Prélèvement : 0 DH

TOTAL DOSSIER : 80 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : quatre-vingts dirhams
Payée en espèces.

LABORATOIRE D'ANALYSES
MEDICALES ZOHEIR
M. Dr. ZOHEIR JAOUHAR
M. Dr. ZOHEIR JAOUHAR
Place du 16 Août, Oujda
Tél: 05 36 69 19 69 - Fax: 05 36 71 25 00

C



مختبر التحليلات الطبية زوهير

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES ZOHEIR

Laboratoire certifié ISO 9001 مختبر حاصل على الشهادة الدولية للجودة



Dr. Jaouhar ZOHEIR Médecin Biologiste.
Diplômé de la Faculté de Médecine de Nancy - France
Expert Assermenté auprès des Tribunaux

الدكتور جواهر زوهير طبيب أحيائي
خريج كلية الطب - نانسى - فرنسا
خبير مملف لدى المحاكم

Date de l'examen : 21-11-2019

Prescription : Dr SAMI AZIZ BRAHMI

Mme RACHIDA ABDELMOUMNI

Dossier N° : 191121-0016

Né(e) le : 25-10-1958

Page 1 sur 1

HEMATOLOGIE

HEMOGRAMME

SYSMEX XT 2000i Technique de la cytométrie en flux fluorescente et de la focalisation hydrodynamique.

			011119
Leucocytes :	6 010 /mm ³	(3 900-10 200)	6 890
Hématies :	4.26 M/mm ³	(3.90-5.40)	3.96
Hémoglobine :	13.0 g/100ml	(12.0-15.6)	11.7
Hématocrite :	38.2 %	(35.5-45.5)	35.0
VGM :	89 µ3	(80-99)	88
TCMH :	30 pg	(27-34)	30
CCMH :	34 %	(30-36)	33
IDH :	14.4 %	(11.0-16.0)	14.1
Polynucléaires Neutrophiles :	53.8 %		54.8
Soit:	3 233 /mm ³	(1 500-7 700)	3 776
Polynucléaires Eosinophiles :	0.4 %		0.4
Soit:	24 /mm ³	(20-500)	28
Polynucléaires Basophiles :	0.0 %		0.3
Soit:	0 /mm ³	(<200)	21
Lymphocytes :	34.8 %		27.4
Soit:	2 091 /mm ³	(1 000-4 000)	1 888
Monocytes :	11.0 %		17.1
Soit:	661 /mm ³	(100-2 700)	1 178
Plaquettes :	261 000 /mm ³	(150 000-370 000)	402 000
DP :	12.9 %	(10.0-55.0)	11.2
VPM :	10.6 fl	(6.0-10.0)	9.9

LABORATOIRE D'ANALYSES
MEDICALES ZOHEIR
Dr. ZOHEIR J.
Médecin Biologiste
Place du 16 Août - Oujda

Place du 16 Août, (face à la CTM) - Oujda. Tel.: 05 36 69 19 69 / 05 36 68 35 27 - Fax: 05 36 71 25 00

siteweb : www.laboratoirezoheir.ma - mail : contact@laboratoirezoheir.ma

Taxe Professionnelle : 10315204 - Identification Fiscale : 10314877 - ICE : 001709123000071 - C.N.S.S. : 6192348