

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 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- 0041433

ND° 16916

☐ 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 : RTE Moghnia lot Taphroui Rue B3 N°41

OUJDA

Tél. : 0611872596 Total des frais engagés : 128,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 23 / 11 / 2019

Nom et prénom du malade : ABDELMOULI Rachid 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 : 10 / 01 / 2020

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
	23.11.2019	48.60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	23.11.2019	B54	80.00 M

AUXILIAIRES MEDICAUX

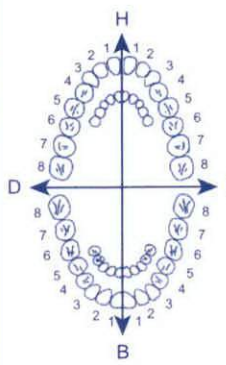
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

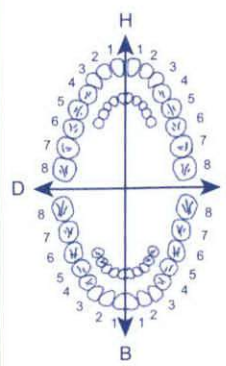
Important :

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

	<div><div>H</div><div>2553341221433552</div><div>0000000000000000</div><div>DG</div><div>0000000000000000</div><div>3553341111433553</div><div>B</div></div>	COEFFICIENT DES TRAVAUX	<div></div>
	<div><div>(Création, remont, adjonction)</div><div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div></div>	MONTANTS DES SOINS	<div></div>
		DATE DU DEVIS	<div></div>
		DATE DE L'EXECUTION	<div></div>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Formule :
 Prednisolone ... 20 mg (sous forme de métsulfobenzolate sodique)
 Excipients q.s.p. 1 comprimé effervescent sécable
 Ce conditionnement contient au total quatre (4) comprimés de prednisolone (sous forme de métsulfobenzolate sodique)

Posologie, mode d'emploi, indications, contre indications, excipients à effet notoire : voir notice



PPV 48DH50
 PER 07-22
 LOT I1521

b bottu
 82, Allée des Casbahs - 34060 - Casablanca
 S. Bouchou - Pharmacien Responsable

AMM N° 306 DMP/21/NCdP



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

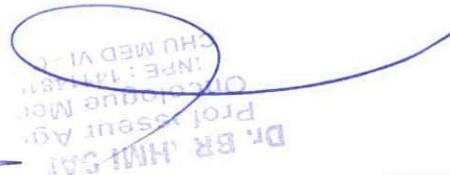
Me ABDELNOUMNI RACHIDA

48.50

Cotipred 20



2cp et 1/2 la veille au
 le matin et le soir de la CM
 puis 2cp et 1/2 pdt 4j



صيدلية أزهار إسملي
 PHARMACIE AZHAR
 DR. RIM MAHMOUL
 Oujda - Tel: 0536 522 210

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

23.11.19

Mr ABDELMOUMNI RACHIDA

NFS

DR. BRAMI SAMI AZ
 Professeur Agrégé
 Oncologue Médical
 N°PE : 141148197
 CHU MED VI - Oujda

LABORATOIRE D'ANALYSES
 MEDICALES ZOHEIR
 Dr. ZOHEIR J.
 Médecin Biologiste
 Place 4 du 16 Août - Oujda
 Tél : 05 36 66 10 88 - Fax : 05 36 71 25 00

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

FACTURE N° : 191201719

Date de l'examen : 13-12-2019

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
Dr. ZOHEIR J.
Médecin Biologiste
Place du 16 Août 1963 - OUJDA
TEL: 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 محلف لدى المحاكم

Date de l'examen : 13-12-2019

Prescription : Dr SAMI AZIZ BRAHMI

Mme RACHIDA ABDELMOUMNI

Dossier N° : 191213-0008

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.

Leucocytes :	6 400 /mm ³	(3 900-10 200)	211119 6 010
Hématies :	4.24 M/mm ³	(3.90-5.40)	4.30
Hémoglobine :	12.1 g/100ml	(12.0-15.6)	13.0
Hématocrite :	36.2 %	(35.5-45.5)	38.2
VGM :	85 µ ³	(80-99)	89
TCMH :	29 pg	(27-34)	30
CCMH :	33 %	(30-36)	34
IDH :	13.9 %	(11.0-16.0)	14.4
Polynucléaires Neutrophiles :	57.4 %		53.8
Soit:	3 674 /mm ³	(1 500-7 700)	3 233
Polynucléaires Eosinophiles :	0.2 %		0.4
Soit:	13 /mm ³	(20-500)	24
Polynucléaires Basophiles :	0.0 %		0.0
Soit:	0 /mm ³	(<200)	0
Lymphocytes :	34.4 %		34.8
Soit:	2 202 /mm ³	(1 000-4 000)	2 091
Monocytes :	8.0 %		11.0
Soit:	512 /mm ³	(100-2 700)	661
Plaquettes :	241 000 /mm ³	(150 000-370 000)	261 000
DP :	11.1 %	(10.0-55.0)	12.9
VPM :	10.3 fl	(6.0-10.0)	10.6

**LABORATOIRE D'ANALYSES
MEDICALES ZOHEIR**
Dr. ZOHEIR J.
Médecin Biologiste
Place du 16 Août - OUJDA
TEL: 05 36 69 19 69 - FAX: 05 36 71 25 00

Place du 16 Août, (face à la CTM) - OUJDA - Tél.: 05 36 69 19 69 / 05 36 69 25 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