

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

- Reclamation : 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° W19-414642

64957

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10304 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Herzouki Idrissi Mohamed

Date de naissance : 09/03/1970

Adresse :

Tél : 0643960102 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Néonplase Foie

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 : 26/03/2021

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
08/02/2011			300,00	INP :

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	09/02/11	B 80 4/2	113 DH
	23/02/11	P 80	113,900 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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 l'ODF.																			
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>															
				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 colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>26533412</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 colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		26533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	
	H																		
	26533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
	D	G																	
	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
	B																		
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession																		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION															



Ghandi Oncology

Oncologie médicale - Radiothérapie

Docteur AIT EL HAJ Meryem

الدكتورة أيت الحاج مريم

Oncologue Médical

Traitement et prise en charge des cancers - Dépistage - Prévention - Radiothérapie conformationnelle 3D - Radiothérapie par modulation d'intensité IMRT - Radiothérapie stéréotaxique - Radiochirurgie - Curiethérapie - Oncologie médicale - Chimiothérapie - Hormonothérapie - Thérapie ciblée - Immunothérapie - Traitement de la douleur - Soins palliatifs

08/06/20

N° Nerzanki Idrissi Ned

NFS

LABORATOIRE D'ANALYSES
MEDICALES AMALAB
98, Bd. Mohamed Baâmrani
1er Etage, Amal 4, Sidi Bernoussi
Casablanca
Tél / Fax : 05 22 74 10 15

Dr. AIT EL HAJ Meryem
Ghandi Oncology
Oncologue Médical
236, Bd. Ghandi, Imm. Ghandi
Offices 2ème Etage N°7
Tél : 05 22 23 01 13



236, Bd. Ghandi, Imm Ghandi Offices,
2ème étage N°7, Casablanca
(Au dessus de la Visite Technique Ghandi)



ghandioncology@gmail.com



05 22 23 01 13
06 62 51 02 51



Ghandi Oncology

Oncologie médicale - Radiothérapie

Docteur AIT EL HAJ Meryem

الدكتورة أيت الحاج مريم

Oncologue Médical

Traitement et prise en charge des cancers - Dépistage - Prévention - Radiothérapie conformationnelle 3D - Radiothérapie par modulation d'intensité IMRT - Radiothérapie stéréotaxique - Radiochirurgie - Curiethérapie - Oncologie médicale - Chimiothérapie - Hormonothérapie - Thérapie ciblée - Immunothérapie - Traitement de la douleur - Soins palliatifs

N° Nezouki Edrissi N°01

NFS

Rdv 22/02/21

**LABORATOIRE D'ANALYSES
MEDICALES AMALAB**

98, Bd. Mohamed Baamrani
Etage, Amal 4, Sidi Bernoussi
Casablanca

Tel : 05 22 74 10 15

Dr. AIT EL HAJ Meryem
Ghandi Oncology
Oncologue Médical

236, Bd. Ghandi, Imm. Ghandi
Offices 2ème Etage N°7
Tel : 05 22 23 01 13



236, Bd. Ghandi, Imm Ghandi Offices,
2ème étage N°7, Casablanca
(Au dessus de la Visite Technique Ghandi)



ghandioncology@gmail.com



05 22 23 01 13
06 62 51 02 51

Dr. Amal KAMIRI

Praticien - Biologiste

CES en Biologie clinique
DU d'assurance qualité en
Science de la santé

Casablanca mardi 23 février 2021 Monsieur MERZOUKI-IDRISSI MOHAMED

M

FACTURE N°	18588
------------	-------

Analyses :

Numération formule sanguine -----	B	80	Total : B 80
-----------------------------------	---	----	--------------

Prélèvements :

Sang-----	Pc	1,5
-----------	----	-----

TOTAL DOSSIER

113,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Cent Treize Dirhams

**LABORATOIRE D'ANALYSES
MÉDICALES AMALAB**
98, Bd. Mohamed Baâmrani
1er Étage, Amal 4, Bld Bernoussi
Casablanca
Tél / Fax : 05 22 74 10 15

Dr. Amal KAMIRI

CES en Biologie clinique
DU d'assurance qualité en
Science de la santé

Casablanca 9 février 2021

Monsieur MERZOUKI-IDRISSI MOHAMED

M

FACTURE N°	18359
------------	-------

Analyses :

Numération formule sanguine -----	B	80	Total : B 80
-----------------------------------	---	----	--------------

Prélèvements :

Sang-----	Pc	1,5	
-----------	----	-----	--

TOTAL DOSSIER	113,00 DH
---------------	-----------

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Cent Treize Dirhams

LABORATOIRE D'ANALYSES
MEDICALES AMALAB
98, Bd. Mohamed Baâmrani
1er Etage, Amal 4, Sidi Bernoussi
Casablanca
TEL / FAX : 05 22 74 10 15



LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES

مختبر أمل للتحليلات الطبية

Hématologie - Immunologie - Hormonologie - Biochimie Clinique - Bactériologie
Virologie - Parasitologie - Mycologie - Biologie de la reproduction

Dr. Amal KAMIRI

Pharmacienne Biologiste

CES en Biologie clinique
DU d'assurance qualité en
Science de la santé

Monsieur MERZOUKI-IDRISSI MOHAMED

Docteur MERYEM AIT EL HAJ

Réf. : 21B214

Dossier ouvert le : 09/02/21 , Edité le : 09/02/21

Page : 1/1

Compte Rendu d'Analyses

HEMATOLOGIE

NUMERATION FORMULE SANGUINE

			Normales (Homme Adulte)	Antériorités 08/02/21
GLOBULES ROUGES				
Hématies -----	4,09	* M/mm ³	4,5 - 5,55	4,24
Hémoglobine -----	11,6	* g/100 ml	14 - 18	11,7
Hématocrite -----	38	* %	40 - 50	39
- V.G.M. -----	92	μ ³	80 - 95	
- T.C.M.H. -----	28	pg	28 - 32	
- C.C.M.H. -----	30	g/100 ml	30 - 37	
GLOBULES BLANCS				
Numération des leucocytes -----	3 490	* /mm ³	4000 - 10000	3470
Formule leucocytaire				
Polynucléaires Neutrophiles -----	54	%	50 - 70	
Soit :	1 885	/mm ³	2000 - 7500	
Polynucléaires Eosinophiles -----	1,7	%	1 - 3	
Soit :	59	/mm ³	40 - 300	
Polynucléaires Basophiles -----	0,7	%	< 1	
Soit :	24	/mm ³	< 100	
Lymphocytes -----	38,3	%	20 - 40	
Soit :	1 337	/mm ³	1500 - 4000	
Monocytes -----	5,3	%	1 - 8	
Soit :	185	/mm ³	40 - 800	
PLAQUETTES				
Résultat -----	104 000	* /mm ³	150000 - 400000	81000

Docteur AMAL KAMIRI
Ph Biologiste
Amal 4 Bd. Mohamed Baâmrani N° 98
1er Etage Sidi Bernoussi Casablanca
Tél: 05 22 74 10 15

AMAL 4 - bd Mohamed Baâmrani n°: 98. 1er étage, Bernoussi
à côté Acima et café MEET U

tel & fax : (+212) 05 22 74 10 15 - Mail : amalaboratoire@gmail.com

ICF : 001759360000023 - ITP : 31603312 - IF : 18812363



LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES

مختبر أمل لاب للتحليلات الطبية

Hématologie - Immunologie - Hormonologie - Biochimie Clinique - Bactériologie
Virologie - Parasitologie - Mycologie - Biologie de la reproduction

Dr. Amal KAMIRI

Pharmacienne Biologiste

CES en Biologie clinique
DU d'assurance qualité en
Science de la santé

Monsieur MERZOUKI-IDRISSI MOHAMED

Docteur MERYEM AIT EL HAJ

Réf. : 21B545

Dossier ouvert le : 23/02/21 , Edité le : 23/02/21

Page : 1/1

Compte Rendu d'Analyses

HEMATOLOGIE

NUMERATION FORMULE SANGUINE

			Normales (Homme Adulte)	Antériorités 09/02/21
GLOBULES ROUGES				
Hématies -----	4,11	* M/mm ³	4,5 - 5,55	4,09
Hémoglobine -----	12	* g/100 ml	14 - 18	11,6
Hématocrite -----	38	* %	40 - 50	38
- V.G.M. -----	93	μ ³	80 - 95	
- T.C.M.H. -----	29	pg	28 - 32	
- C.C.M.H. -----	31	g/100 ml	30 - 37	
GLOBULES BLANCS				
Numération des leucocytes -----	3 660	* /mm ³	4000 - 10000	3490
Formule leucocytaire				
Polynucléaires Neutrophiles -----	51,9	%	50 - 70	
Soit : 1 900		/mm ³	2000 - 7500	
Polynucléaires Eosinophiles -----	2,1	%	1 - 3	
Soit : 77		/mm ³	40 - 300	
Polynucléaires Basophiles -----	0,6	%	< 1	
Soit : 22		/mm ³	< 100	
Lymphocytes -----	38,8	%	20 - 40	
Soit : 1 420		/mm ³	1500 - 4000	
Monocytes -----	6,6	%	1 - 8	
Soit : 242		/mm ³	40 - 800	
PLAQUETTES				
Résultat -----	104 000	* /mm ³	150000 - 400000	104000

Docteur AMAL KAMIRI
Ph Biologiste
Amal 4 Bd. Med Baamrani N° 98.
1er Etage Sidi Bernoussi Casablanca
Tél: 05 22 76 10 15