

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 canaux, 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 canaux.

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

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W19-561690

68 989

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05641 Société : R.A.M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : HASSINE NOUREDDINE
 Date de naissance : 14/07/1959
 Adresse : 199 Lotissement Amine, Sidi Madrac, Casablanca
 Tél. : 0635987242 Total des frais engagés : 40000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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 : Casablanca

Le : 27/04/2024

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

[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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| 17/04/21 | | 300 | 900 | INP: 05/16/4/18 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|----------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------|
| Pharmacie AMINE L'Esplanade AMINE Sidi Maarouf - CASABLANCA Tél: 022 97 26 66 | 07/04/21 | 2652,00 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|------------------------------|------------------------|
| LABORATOIRE DE BIOLOGIE DES HOPITAUX CBN 3, Rue du Colonel Cassin - Casablanca Tél: 05 22 20 35 35 / 05 22 27 66 74 Fax: 05 22 27 66 74 | 05-04-21 | B 640 | 882,60 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 :

Veillez 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>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 colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | H | | 25533412 | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | G | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Casablanca, le : **07/04/2021**

Mme EL MESSOUDI EP. HASSINE AMINA

LETROZOLE 2.5 MG

1cp par jour pendant 4 mois

713⁰⁰
x 4

2852⁰⁰



Pharmacie EL MESSOUDI
Leila EL KOUHENE
Lotissement N° 85
Sidi Maârouf - CASABLANCA
Tel : 022.97.25.85

Lot : 91185
Per : 02/2024
PPV : 713 DH 00

Lot : 91185
Per : 02/2024
PPV : 713 DH 00

Lot : 91185
Per : 02/2024
PPV : 713 DH 00

Lot : 91174
Per : 02/2024
PPV : 713 DH 00

Dr. Naoufal Mamou
Centre International d'Oncologie Casablanca
Oncologue-Radiothérapeute
Route de l'Oasis - Rabat des Alouettes - Casablanca
Tel : 05 22 77 81 81

Casablanca, le :

08/01/2021

Mme EL MESSOUDI EP. HASSINE AMINA

Analyses :

NFS
ASAT
ALAT
Urée
Créatinine
ca 15-3

Dr. Naoufal Mamou
Centre International d'Oncologie Casablanca
Oncologue - Radiothérapeute
Route de l'Oasis - Rue des Alouettes - Casablanca
Tel : 05 22 77 81 81

CENTRE DE DIAGNOSTIC
DES HÔPITAUX * CBH *
3, Rue du Colonel Gros - Casablanca
Tel: 05 22 20 35 35 / 05 22 27 65 77
Fax: 05 22 20 35 35

Casablanca, le :

Reçu de caisse N° : 18085

boudadm

| Identifiant patient | Nom du patient | Date encaissement |
|---------------------|----------------------------------|-------------------|
| 191227072208W S | EL MESSOUDI EP. HASSINE AMINA | 07/04/2021 |

| Mode Règlement | Motif / Référence de paiement | Montant Dhs |
|-------------------|-------------------------------|---------------|
| Espèce | CONTROL | 300,00 |
| Reçu établi par : | Total payé | 300,00 |

LABORATOIRE CENTRE DE BIOLOGIE DES HÔPITAUX CBH
3, rue du Colonel Gros (Caïd Najem) Quartier des Hôpitaux 20100 Casablanca

Tél : 05.22.20.35.35/05.22.27.66.74

Fax : 05.22.20.35.15

Patente : 36332437

I.F. : 40288423

CNSS : 8036726

N° ICE : 0017 10887 0000 70

Code INPE: 093062362



093062362

FACTURE No : 158888

Casablanca, le : 05/04/2021

Analyses effectuées le .. : 05/04/21 à 15h50

Sur prescription du : Dr MAMOU Naoufal

Identité Patient : **Mme HASSINE - EL MESSOUDI AMINA**

Code Patient : **7360**

BILAN :

| | | | |
|--------|-------------------------------|---|-----|
| 1 NFP | NUMERATION FORMULE PLAQUETTES | B | 80 |
| 2 ASAT | ASAT (TGO) | B | 50 |
| 3 ALAT | ALAT (GPT) | B | 50 |
| 4 U | UREE PLASMATIQUE | B | 30 |
| 5 CR | CREATININE PLASMATIQUE | B | 30 |
| 6 CA15 | ANTIGENE CA 15-3 | B | 400 |

TOTAL B : 640

TOTAL HN : 0

0

MONTANT : 882,60 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : 882,60 DH

Dr MARIJA BENKIRAN
Pharmacien Biologiste
Centre de biologie des hôpitaux casablanca
Tél: 0522 20 35 35 - 0662 38 03 39

**CENTRE DE BIOLOGIE
DES HÔPITAUX * CBH ***
3, Rue du Colonel Gros - Casablanca
Tél: 05 22 20 35 35 / 05 22 27 66 74
Fax: 05 22 20 35 15



- Analyses Médicales
- Biologie Spécialisée
- Procréation Médicalement Assistée

EXAMEN du : 05/04/21 à 15h50
Edité le : 05/04/21 à 17h38
Mme HASSINE - EL MESSOUDI AMINA
Patient 7360
Dr. MAMOU Naoufal

Prélevé par le Laboratoire Page : 1 / 4

HEMATOLOGIE

NUMERATION FORMULE SANGUINE

(Technique Cytométrie de Flux sur SYSMEX XT 4000 i)

| HEMATIES | | 4,34 | M/mm3 | (4.0 à 5.3) | 31/08/20 : 4.22 |
|-----------------------------|--|-------|-----------|-------------------|-----------------|
| Hémoglobine | | 12,4 | g/dL | (12.5 à 15.5) | 31/08/20 : 12.0 |
| Hématocrite | | 37,6 | % | (37 à 46) | 31/08/20 : 36.1 |
| V.G.M. | | 86,6 | fL | (80 à 95) | 31/08/20 : 85.5 |
| T.G.M.H. | | 28,6 | pg | (28 à 32) | 31/08/20 : 28.4 |
| C.G.M.H. | | 33,0 | % | (30 à 35) | 31/08/20 : 33.2 |
| LEUCOCYTES | | 7 190 | /mm3 | (4000 à 10000) | 31/08/20 : 6560 |
| Polynucléaires neutrophiles | | 67,7 | % | (40 à 75) | 31/08/20 : 64.0 |
| soit | | 4 868 | /mm3 | (2000 à 7500) | 31/08/20 : 27.1 |
| Lymphocytes | | 23,6 | % | (20 à 45) | 31/08/20 : 27.1 |
| soit | | 1 697 | /mm3 | (1500 à 4000) | 31/08/20 : 5.9 |
| Monocytes | | 5,1 | % | (2 à 8) | 31/08/20 : 5.9 |
| soit | | 367 | /mm3 | (200 à 800) | 31/08/20 : 2.4 |
| Polynucléaires éosinophiles | | 2,9 | % | (1 à 4) | 31/08/20 : 2.4 |
| soit | | 209 | /mm3 | (100 à 600) | 31/08/20 : 0.6 |
| Polynucléaires basophiles | | 0,7 | % | (0 à 1) | 31/08/20 : 240 |
| soit | | 50 | /mm3 | (0 à 150) | 31/08/20 : 10.7 |
| PLAQUETTES | | 248 | Mille/mm3 | (150 à 450) | 31/08/20 : 240 |
| Volume Plaquettaire Moyen | | 10,3 | fL | (N : 11.5 à 14.5) | 31/08/20 : 10.7 |

Dr BIOLOGISTE

CENTRE DE BIOLOGIE
DES HOPITAUX - CBH
3, Rue du Colonel GROS - Casablanca
Tél: 05 22 20 35 35 / 05 22 21 66 74
Fax: 05 22 20 35 15

EXAMEN du : 05/04/21 à 15h50

Edité le : 05/04/21 à 17h38

Mme HASSINE - EL MESSOUDI AMINA

Patient 7360 Né(e) le 30/09/1963

Dr. MAMOU Naoufal

Prélevé par le Laboratoire

Page : 2 / 4

ENZYMOLOGIE

NORMES

ANTECEDENTS

ASAT (GOT) : ASPARTATE AMINO TRANSFERASES

(Enzymologie selon IFCC 37 C sur COBAS 6000 - ROCHE)

ASAT 16

UI/L (N : < 32)

08/12/20 : 17

ALAT (GPT) : ALANINE AMINO TRANSFERASES

(Enzymologie selon IFCC 37 C sur COBAS 6000 - ROCHE)

ALAT 17

UI/L (N : < 31)

08/12/20 : 25

IONOGRAMME SANGUIN

NORMES

ANTECEDENTS

UREE 0,24 g/L (N : 0.15 à 0.50)

31/08/20 : 0.19

3,98 mmol/L

(Méthode cinétique en 2 points sur COBAS 6000 - ROCHE)

CREATININE 5,98 mg/L (N : 5.1   9.5)

31/08/20 : 4.68

52,62  mol/L

(Réaction enzymatique, standardisée ID/MS sur COBAS 6000 - ROCHE)

Dr BIOLOGISTE

**CENTRE DE BIOLOGIE
DES HÔPITAUX « CBH »**
3, Rue du Colonel Gros - Casablanca
Tél: 05 22 20 35 37 05 22 27 66 74
  Fax: 05 22 20 35 15

- Analyses Médicales
- Biologie Spécialisée
- Procréation Médicalement Assistée

EXAMEN du : 05/04/21 à 15h50

Edité le : 05/04/21 à 17h38

Mme HASSINE - EL MESSOUDI AMINA

Patient 7360 Né(e) le 30/09/1963

Dr. MAMOU Naoufal

Prélevé par le Laboratoire

Page : 3 / 4

ESTIMATION DE LA CLAIRANCE DE LA CREATININE PAR LA FORMULE DE CKD-EPI
(CKD-EPI : Chronic Kidney Disease - Epidemiology)

FORMULE DE CKD-EPI 101 mL/min/1.73m² 31/08/20 : 110

Recommandations selon Clinical Practice Guideline KDIGO 2012

Les Valeurs Normales rapportées à la surface corporelle
d'un Adulte (SC : 1.73 m²) :

| STADE CKD-EPI | RESULTAT (mL/min/1.73m ²) |
|---------------|---------------------------------------|
| I | ≥ 90 |
| II | 60-89 |
| III | 30-59 |
| IV | 15-29 |
| V | < 15 |

Les formules d'estimation ne remplacent pas la mesure du DFG
par méthode de référence et ne sont pas validées pour :

- les patients de type non caucasiens
- les patients âgés de plus de 75 ans
- les patients de poids extrême ou dont la masse musculaire est élevée ou faible
- les patients dénutris ou ayant une alimentation pauvre en protéines animales

Dr BIOLOGISTE

**CENTRE DE BIOLOGIE
DES HÔPITAUX - CBH**
3, Rue du Colonel GROS - Casablanca
Tél: 05 22 20 35 35 / 05 22 27 66 74
Fax: 05 22 20 35 15

06 61 75 52 65

Urgences - 24 / 24 - 7 / 7



stationnement
assuré

EXAMEN du : 05/04/21 à 15h50

Edité le : 05/04/21 à 17h38

Mme HASSINE - EL MESSOUDI AMINA

Patient 7360 Né(e) le 30/09/1963

Dr. MAMOU Naoufal

Prélevé par le Laboratoire

Page : 4 / 4

MARQUEURS TUMORAUX

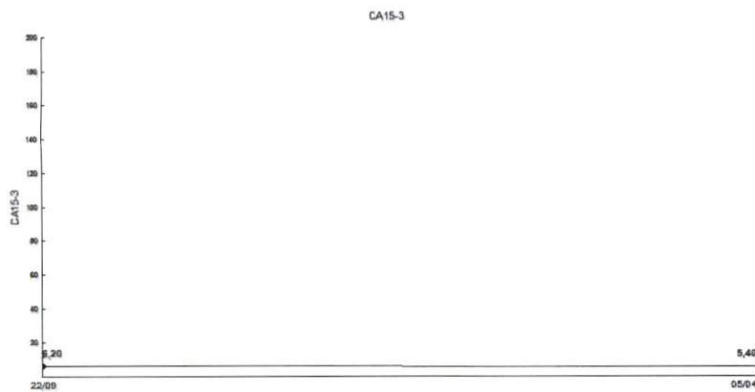
CA 15-3 : ANTIGENE CARBOHYDRATE 15-3

(Technique Chimiluminescence ACCESS II BECKMAN)

CA 15-3 5,40

UI/ml (N : < 31)

22/09/20 : 6.20



Dr BIOLOGISTE

**CENTRE DE BIOLOGIE
DES HÔPITAUX « CBH »**
3, Rue du Colonel Gros - Casablanca
Tél: 05 22 20 35 55 / 05 22 27 66 74
④ Fax: 05 22 20 35 15