

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com



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

Déclaration de Maladie

N° P19- 060872

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6366 Société : 84104

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ASSOULI SAÏD

Date de naissance : 01/01/1961

Adresse : 86 PASSAGE 11 TISSIR II

BERRECHID

Tél : 06.61.60.50.22 Total des frais engagés : 2052,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BEKKAI Laila
134, Bd. El Fida Hay Yasmina
BERRECHID
GSM: 061 56 93 14

Date de consultation : 03/8/2022

Nom et prénom du malade : AINER Nabila Age :

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

Nature de la maladie : Emphysème COVID 19

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) : ACCUEIL

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 03/08/2024 | C1 | 1 | 150 DH |  |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
|  | 03/08/24 | 752,20 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|--|----------|------------------------------|------------------------|
|  Laboratoire Analyses Médicales 183, Bd Mohamed V - N° 1 - Etage I - BORDJ Tél/Fax : 063063499 ICE: 002400927000071 IF : 39483570 | 03/08/24 | B1100 + P | 1150,00 DH |

AUXILIAIRES MEDICAUX

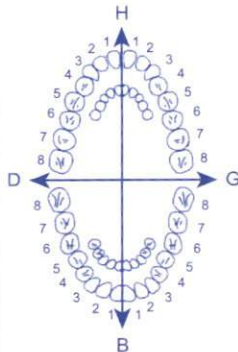
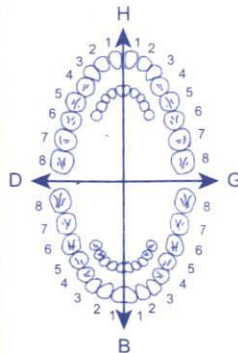
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---------------------|------------------------|----------------------------|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|---------------------------|
|  | | | | Coefficient DES TRAVAUX | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | FIN D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU CœFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | <table><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> | | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | | Cœfficient DES TRAVAUX |
| | H | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | G | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | MONTANTS DES SOINS | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DATE DU DEVIS | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | DATE DE L'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET

97,62

UT.AV.: 2 2 2 2

P.P.V.

79 70

LOT N°: 295985

09366030/4

UT.AV.: 2 2 2 2

P.P.V.

79 70

LOT N°: 295985

09366030/4

Docteur BEKKAI Laila

Médecine Générale

Diplômée de l'Université de DAKAR

الدكتورة البكاي ليلي

الطب العام

خريجة كلية الطب بدار

برشيد في : 03/8/2021

ORDONNANCE

- 7577mg - ANEB Nabih
- ① - ZITHROMAX 500 g
- 44p - 0 - 0 x 06j
- ② - COTIPREN 20mg g eff.
- 136h3 - 0
- ③ - NABEN
- 63mg
- ④ - ZM
- 35mg - 0
- ⑤ - BECIDOUZE
- 976g - 1 - 1
- ⑥ - REDUP 20mg g
- 2210 - 0 - 1
- ⑦ - INEXIUM 20mg g
- 252.70

63,20

BECIDOUZE® 20 dragées

PPV 35DH10

EXP 11/2021
LOT 84080 4

SYNTHEMEDIC
21 rue zoubet bou al ouam roches
noires casablanca
INEXIUM

20 mg

Cpr GR

Boîte 14

640150MP/21NRQ P.P.V. 82.10 DH

6 118001 020591

134 , شارع الغداء ، حي ياسمينه الطابق الاول - برشيد الهاتف : 06 61 56 93 14

134 Bd El Fida , Hay Yasmina , 1er Etage - Berrechid - Tél : 06 61 56 93 14

Cotipred® 20 mg

Prednisolone

COMPOSITION :

Prednisolone (Sous forme mé
Excipient q.s.p.

Excipients à effet notoire : lact

PRESENTATION :

Boîte de 20 comprimés solub

INDICATIONS THERAPEUTIK

Ce médicament est un cortico

Il est indiqué dans certaines m

CONTRE-INDICATIONS :

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants :

- la plupart des infections, - certaines maladies virales en évolution (hépatites virales, herpès, varicelle, zona), - certains troubles mentaux non traités, - vaccination par des vaccins vivants, - allergie à l'un des constituants.

Ce médicament **NE DOIT GENERALEMENT PAS ETRE UTILISE**, sauf avis contraire de votre médecin, en association avec des médicaments pouvant donner certains troubles du rythme cardiaque (cf. Interactions médicamenteuses et autres interactions)

EN CAS DE DOUTE IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

MISES EN GARDE SPECIALES :

Ce médicament doit être pris sous stricte surveillance médicale.

AVANT LE TRAITEMENT :

Prévenir votre médecin en cas de vaccination récente, en cas d'ulcère digestif, de maladie du côlon, d'intervention chirurgicale récente au niveau de l'intestin, de diabète, d'hypertension artérielle, d'infection (notamment antécédents de tuberculose), d'insuffisance hépatique, d'insuffisance rénale, d'ostéoporose et de myasthénie grave (maladie des muscles avec fatigue musculaire).

Prévenir votre médecin en cas de séjour dans les régions tropicales, subtropicales ou le sud de l'Europe, en raison de maladies parasitaires.

PENDANT LE TRAITEMENT :

Eviter le contact avec les sujets atteints de varicelle ou de rougeole.

En cas de traitement prolongé, ne jamais arrêter brutalement le traitement mais suivre les recommandations de votre médecin pour la diminution des doses.

Sous traitement et au cours de l'année suivant l'arrêt du traitement, prévenir le médecin de la prise de corticoïde, en cas d'intervention chirurgicale ou de situation de stress (fièvre, maladie).

PRECAUTIONS D'EMPLOI :

Pendant le traitement, votre médecin pourra vous conseiller de suivre un régime, en particulier pauvre en sel. Tenir compte de la teneur en sodium (51 mg par comprimé).

EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS :

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN et notamment des médicaments pouvant donner certains troubles du rythme cardiaque : astémizole, bépirlil, erythromycine en injection intra-veineuse, halofantrine, pentamidine, sparfloxacine, sultopride, vincamine.

GROSSESSE - ALLAITEMENT :

GROSSESSE : Ce médicament ne sera utilisé pendant la grossesse qu'en cas de nécessité. Si vous découvrez que vous êtes enceinte pendant le traitement, consultez votre médecin car lui seul peut juger de la nécessité de poursuivre ce traitement.

ALLAITEMENT : L'allaitement est à éviter pendant le traitement en raison du passage dans le lait maternel.

PPV : 48DH50

PER : 02 34

LOT : K 729

b

bottu s.a.
82, Allée des Casuarinas - Ain Seblah - Casablanca
S.Bachouchi - Pharmacien Responsable

en base 20 mg

..... 1 comprimé.

e orange-pamplemousse)

assurance.

et anti-inflammatoire.

Cotipred® 20 mg

Prednisolone

COMPOSITION :

Prednisolone (Sous forme mé
Excipient q.s.p.

Excipients à effet notoire : lact

PRESENTATION :

Boîte de 20 comprimés solub

INDICATIONS THERAPEUTIK

Ce médicament est un cortico

Il est indiqué dans certaines m

CONTRE-INDICATIONS :

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants :

- la plupart des infections, - certaines maladies virales en évolution (hépatites virales, herpès, varicelle, zona), - certains troubles mentaux non traités, - vaccination par des vaccins vivants, - allergie à l'un des constituants.

Ce médicament **NE DOIT GENERALEMENT PAS ETRE UTILISE**, sauf avis contraire de votre médecin, en association avec des médicaments pouvant donner certains troubles du rythme cardiaque (cf. Interactions médicamenteuses et autres interactions)

EN CAS DE DOUTE IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

MISES EN GARDE SPECIALES :

Ce médicament doit être pris sous stricte surveillance médicale.

AVANT LE TRAITEMENT :

Prévenir votre médecin en cas de vaccination récente, en cas d'ulcère digestif, de maladie du côlon, d'intervention chirurgicale récente au niveau de l'intestin, de diabète, d'hypertension artérielle, d'infection (notamment antécédents de tuberculose), d'insuffisance hépatique, d'insuffisance rénale, d'ostéoporose et de myasthénie grave (maladie des muscles avec fatigue musculaire).

Prévenir votre médecin en cas de séjour dans les régions tropicales, subtropicales ou le sud de l'Europe, en raison de maladies parasitaires.

PENDANT LE TRAITEMENT :

Eviter le contact avec les sujets atteints de varicelle ou de rougeole.

En cas de traitement prolongé, ne jamais arrêter brutalement le traitement mais suivre les recommandations de votre médecin pour la diminution des doses.

Sous traitement et au cours de l'année suivant l'arrêt du traitement, prévenir le médecin de la prise de corticoïde, en cas d'intervention chirurgicale ou de situation de stress (fièvre, maladie).

PRECAUTIONS D'EMPLOI :

Pendant le traitement, votre médecin pourra vous conseiller de suivre un régime, en particulier pauvre en sel. Tenir compte de la teneur en sodium (51 mg par comprimé).

EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS :

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN et notamment des médicaments pouvant donner certains troubles du rythme cardiaque : astémizole, bépirlil, erythromycine en injection intra-veineuse, halofantrine, pentamidine, sparfloxacine, sultopride, vincamine.

GROSSESSE - ALLAITEMENT :

GROSSESSE : Ce médicament ne sera utilisé pendant la grossesse qu'en cas de nécessité. Si vous découvrez que vous êtes enceinte pendant le traitement, consultez votre médecin car lui seul peut juger de la nécessité de poursuivre ce traitement.

ALLAITEMENT : L'allaitement est à éviter pendant le traitement en raison du passage dans le lait maternel.

PPV : 48DH50

PER : 02 34

LOT : K 729

b

bottu s.a
82, Allée des Casuarinas - Ain Seblah - Casablanca
S.Bachouchi - Pharmacien Responsable

en base 20 mg

..... 1 comprimé.

e orange-pamplemousse)

assurance.

et anti-inflammatoire.

Docteur BEKKAI Laila

Médecine Générale

Diplômée de l'Université de DAKAR

الدكتورة البكاي ليلي

الطب العام

خريجة كلية الطب بـدكار

برشيد في : 03/8/2021

ORDONNANCE

M^{me} - AINEB Nabihia

- N.F.S - Plaquettes
- TP - TCA -
- D - cholestérol
- Glycémie à jeun
- urée - créatinémie
- CRP
- Ferritine
- T.S.H

Dr. BEKKAI Laila
134, Bd. El Fida Hay Yasmina
BERRECHID
06 61 56 93 14



مختبر التحليلات الطبية برشيد
Laboratoire d'Analyses Médicales BERRECHID

مختبر التحليلات الطبية برشيد Laboratoire d'Analyses Médicales BERRECHID

Dr Ahlam IOURDANE

Médecin Biologiste

Lauréate de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Casablanca

Biochimie - Hematologie - Sérologie - Immunologie - Bactériologie - Virologie - Parasitologie - Mycologie

Date du prélèvement : 03-08-2021 à 12:10

Code patient : 20210803020

Né(e) le : 18-01-1968 (53 ans)

Mme AINEB Nabiha

Dossier N° : 20210803020

Prescripteur :



HEMATOCYTOLOGIE

NUMERATION FORMULE SANGUINE

(Sang total, cytométrie en flux, variation d'impédance)

Les valeurs de référence sont établies en fonction de l'âge et du sexe.

| | | | |
|---------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------|-------------------|
| GLOBULES ROUGES (Erythrocytes) | 5.12 | M/μl | (3.80-5.90) |
| Hémoglobine | 13.7 | g/dL | (11.5-17.5) |
| Hématocrite | 42.7 | % | (34.0-53.0) |
| VGM (Volume globulaire moyen) | 83.5 | fL | (76.0-96.0) |
| TCMH | 26.7 | pg | (24.0-34.0) |
| CCMH | 32.0 | g/dL | (31.0-36.0) |
| GLOBULES BLANCS (Leucocytes) | 7 040/mm ³ | | (3 800-11 000) |
| 1-Polynucléaires Neutrophiles | 52.2% | Soit 3 675/mm ³ | (1 400-7 700) |
| 2-Polynucléaires Eosinophiles | 2.1% | Soit 148/mm ³ | (20-580) |
| 3-Polynucléaires Basophiles | 0.1% | Soit 7/mm ³ | (0-110) |
| 4-Lymphocytes | 41.5% | Soit 2 922/mm ³ | (1 000-4 800) |
| 5-Monocytes | 4.1% | Soit 289/mm ³ | (150-1 000) |
| PLAQUETTES | 285 000/mm ³ | | (150 000-445 000) |
| | | | (-) |
| VPM | 8 | fL | (2-13) |
| Commentaire sur l'héogramme: | Numération formule sanguine normale | | |

HEMOSTASE

TAUX DE PROTHROMBINE

| | | | |
|----------------------------|------|------|----------|
| Temps de Quick Patient | 11.9 | sec. | |
| (Technique chronométrique) | | | |
| Temps de Quick Témoin | 13.2 | sec. | |
| Taux de Prothrombine | 100 | % | (70-140) |

مختبر التحليلات الطبية برشيد
Laboratoire d'Analyses Médicales BERRECHID
183, Bd Mohamed V - 1er Etage I - Berrechid
Tél/Fax : 05 22 03 04 61

Temps de céphaline activée (TCA)

| | | |
|-------------------------------------|---------------------------|-----------|
| TCA Temps patient | 27.7 sec. | |
| (Technique chronométrique) | | |
| TCA Temps témoin | 27.0 sec. | |
| TCA Ratio patient/témoin | 1.03 | (<1.20) |
| Conclusion | Bilan d'hémostase normal. | |
| D-Dimères | 312.73 ng/ml | (<500.00) |
| (Technique ELFA (VIDAS BIOMERIEUX)) | | |

BIOCHIMIE SANGUINE

Glycémie à jeun

En cours

Taux normal : 0.70 à 1.10 g/l

Diminution de la tolérance au glucose : de 1.10 à 1.26 g/l

Sujet diabétique : > 1.26 (sur deux prélèvements distincts)

| | | |
|---------------------------------------|-------------|--------------|
| Urée | 0.28 g/L | (0.17-0.43) |
| (Technique enzymatique à l'uréase UV) | 4.66 mmol/L | (2.83-7.16) |
| Créatinine | 5.00 mg/L | (5.00-11.00) |
| (Technique Enzymatique-Cinétique) | 44.3 µmol/L | (44.3-97.4) |
| Protéine C-réactive (CRP) | 2.0 mg/L | (<5.0) |
| (Technique Immunoturbidimétrique) | | |

BIOCHIMIE SPECIALISEE

| | | |
|---|--------------|----------------|
| Ferritine | 104.32 ng/mL | (20.00-250.00) |
| (Technique ELFA - VIDAS BIOMERIEUX) | | |
| Les résultats sont établis en fonction de l'âge et du sexe. | | |

BILAN ENDOCRINIEN

| | | |
|---------------------------------------|-------------|---------------|
| Thyréostimuline ultrasensible (TSHus) | 1.69 µUI/mL | (0.25-5.00) |
| (Technique ELFA - VIDAS BIOMERIEUX) | 1.690 mU/l | (0.250-5.000) |

La TSH est l'indicateur le plus sensible pour évaluer un dysfonctionnement thyroïdien.

Une variation minime de la T4L provoque une réponse très amplifiée de la TSH.

Cependant, la TSH répond aux variations de la T4L avec un temps de latence important, au moins 8 semaines pour une réponse complète.

Ce dossier a été imprimé en partiel

Validé par : Dr. IOURDANE AHLAM