

# 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.

## Diagnostique 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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° P19- 048013


ND: 90337

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres


### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1146 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraité  
Nom & Prénom : Oulmi, Meha  
Date de naissance : 1948  
Adresse : 46 Rue Sallam El heuda  
A Berchid  
Tél. : 06 14 85 77 51 Total des frais engagés : 623,5 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 : Neoplasme  
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) : 



# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant la réalisation des Actes
14/10/2021			a	DR ALI ALI Ghandi Oncologue Radiothérapeute 226, Bd. Ghandi, Imm. Ghandi Offices 2ème Etage N° 7 Tél : 0522 23 07 13

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE BERRECHID 103, Bd Mohamed V - N° 1 - Etage - Berrechid Tél : 05 22 32 40 88	14/10/21	483.50

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire d'Analyses Médicales	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Laboratoire d'Analyses Médicales BERRECHID 103, Bd Mohamed V - N° 1 - Etage - Berrechid Tél : 05 22 03 01 61	14/10/21	B140	140,00 DH

# 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 canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient DES TRAVAUX
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div> H 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div>			
	[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 ALAMI Leila  
الدكتورة علمي ليلي  
Oncologue - Radiothérapeute

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

21/10/21.

M Du Rmi Nsha.

48.40 x 5

1) Gaviscon.

**S.V**

1 cp x 3 / J. x 1 mois.

48.50 x 3

**S.V**

2) Cotiprost Cp long.

2 cp / 12. pendant 07 J.

puis 2 cp / J pendant 07 J

puis 1 cp 1/2 / J x 07 J.

puis 1 cp x 07 J.

puis 1/2 cp / J x 07 J.

puis Arrêt.



96.00  
3) Prazol S.V. 20mg 200mg long

T: 483,50 1961 17

PHARMACIE BENKCHID  
Hajma MARABACH PHARMACIENNE  
3 Bd Mohamed V Benkchid  
Tél: 05 22 32 40 68

**Cotipred® 20 mg**  
prednisolone  
20 comprimés effervescents sécables

6 118000 041016

PPV: 48DH50  
PER: 07/24  
LOT: K1633

**Cotipred® 20 mg**  
prednisolone  
20 comprimés effervescents sécables

6 118000 041016

PPV: 48DH50  
PER: 07/24  
LOT: K1633

PPV: 96DH00  
PER: 08/23  
LOT: K827-4

**Prazol® 20mg**  
Omeprazole  
28 gélules

6 118000 041009

DR. ALAMI Leila  
Oncologie - Radiatopéu  
Bd. Chahid Boum. Grand  
Tél: 05 22 23 01 13

**Prazol® 20mg**  
Omeprazole  
28 gélules

6 118000 041009

**Prazol® 20mg**  
Omeprazole  
28 gélules

6 118000 151462

**Prazol® 20mg**  
Omeprazole  
28 gélules

6 118000 151462

**Prazol® 20mg**  
Omeprazole  
28 gélules

6 118000 151462

Reckitt Benckiser Healthcare (UK) Ltd, Hull, HU6 7DS.  
Gaviscon Advance, l'épée et le cercle sont des marques de commerce.  
Utiliser dans les 6 mois après ouverture.  
AMM N°205/15 DMP/21/NNP  
PPV: 48 DH 40

Utiliser dans les 6 mois après ouverture.  
AMM N°205/15 DMP/21/NNP  
PPV: 48 DH 40

BN 034681  
DOM 12/2020  
EXP 12/2022

Utiliser dans les 6 mois après ouverture.  
AMM N°205/15 DMP/21/NNP  
PPV: 48 DH 40

BN 034681  
DOM 12/2020  
EXP 12/2022

3079955  
Utiliser dans les 6 mois après ouverture.  
AMM N°205/15 DMP/21/NNP  
PPV: 48 DH 40

Utiliser dans les 6 mois après ouverture.  
AMM N°205/15 DMP/21/NNP  
PPV: 48 DH 40

BN 034681  
DOM 12/2020  
EXP 12/2022

**Cotipred® 20 mg**  
prednisolone  
20 comprimés effervescents sécables

118001 151462

BN 034681  
DOM 12/2020  
EXP 12/2022

**Cotipred® 20 mg**  
prednisolone  
20 comprimés effervescents sécables

6 118000 041016

PPV: 48DH50  
PER: 07/24  
LOT: K1633

BN 101984  
DOM 01/2021  
EXP 01/2023

3079955



**Ghandi Oncology**  
Oncologie médicale - Radiothérapie

Docteur ALAMI Leila  
الدكتورة علمي ليلى  
Oncologue - Radiothérapeute

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

Date: 14/10/2021

NOM & PRENOM :

N. Ouhmi Ache

**BILANS BIOLOGIQUES**

HEMOGRAMME : NFS + plq ☒

BILAN D'HEMOSTASE : TP ☐ TCK ☐ INR ☐

BILAN BIOCHIMIQUE :

Bilan hépatique ☐ ALAT ☐ ASAT ☐ Ph alcalines ☐ Bilirub.total ☐

Bilirubine directe ☐ Ionogramme complet ☐ Urée + créat ☒ k+ ☐

Ca++ ☐ Glycémie a jeun ☐ Albumine ☐ Vitamine D ☐

Ferrtine ☐ EEP ☐ Triglycerides ☐ Cholesterol. total ☐ HDL ☐

LDL ☐ LDH ☐ ECU ☐ CRP ☐ PCT ☐

**MARQUEURS TUMORAUX**

ACE ☐ CA19-9 ☐ CA15-3 ☐ CA125 ☐ PSA ☐ Calcitonine ☐

AFP ☐ NSE ☐ Thyroglobuline ☐ BHCG ☐ TSH ☐

AUTRES :

مختبر التحليلات الطبية برشيد  
Laboratoire d'Analyses Médicales BRSHID  
123, Bd. Mohamed V - N° 1 - Etage 1 - Bensouda  
Tél/Fax : 05 22 03 04 61





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

INPE :063063499

FACTURE N° : 1211000111

BERRECHID le 20-10-2021

M. OUHMI Moha

Récapitulatif des analyses		
Analyse	Coefficient	Clé
Forfait traitement échantillon sanguin	20	E20
Urée	30	B30
Numération formule	80	B80
Créatinine	30	B30

Total des B : 140

TOTAL DOSSIER : 140.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : cent quarante dirhams .

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

INPE : 063063499  
ICE:002400927000071  
IF : 39483570



Date du prélèvement : 20-10-2021 à 07:52

Code patient : 20210217009

Né(e) le : 01-01-1948 (73 ans)

M. OUHMI Moha

Dossier N° : 20211020001

Prescripteur : Dr ALAMI Leila



## 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.

					13-10-2021
<b>GLOBULES ROUGES (Erythrocytes)</b>	4.14	M/ $\mu$ L	(4.00-5.00)		4.18
Hémoglobine	12.1	g/dL	(12.0-16.0)		12.2
Hématocrite	34.3	%	(38.0-49.0)		34.6
VGM (Volume globulaire moyen)	83.0	fL	(83.0-97.0)		82.7
TCMH	29.2	pg	(27.0-33.0)		29.1
CCMH	35.2	g/dL	(32.0-36.0)		35.2
<b>GLOBULES BLANCS (Leucocytes)</b>	2 110/mm <sup>3</sup>		(3 800-10 000)		2 690
1-Polynucléaires Neutrophiles	73.3%	Soit	1 547/mm <sup>3</sup>	(1 600-5 900)	2 359
2-Polynucléaires Eosinophiles	2.7%	Soit	57/mm <sup>3</sup>	(30-500)	54
3-Polynucléaires Basophiles	0.3%	Soit	6/mm <sup>3</sup>	(0-110)	11
4-Lymphocytes	17.0%	Soit	359/mm <sup>3</sup>	(1 070-4 100)	239
5-Monocytes	6.7%	Soit	141/mm <sup>3</sup>	(230-710)	27
<b>PLAQUETTES</b>	167 000/mm <sup>3</sup>		(140 000-385 000)		204 000
			(-)		
VPM	8	fL	(2-13)		8

## BIOCHIMIE SANGUINE

				13-10-2021
<b>Urée</b>	0.28	g/L	(0.17-0.49)	0.32
(Technique enzymatique à l'uréase UV)	4.66	mmol/L	(2.83-8.16)	

20211020001 – M. Moha OUHMI

13-10-2021

### Créatinine

(Technique Enzymatique-Cinétique)

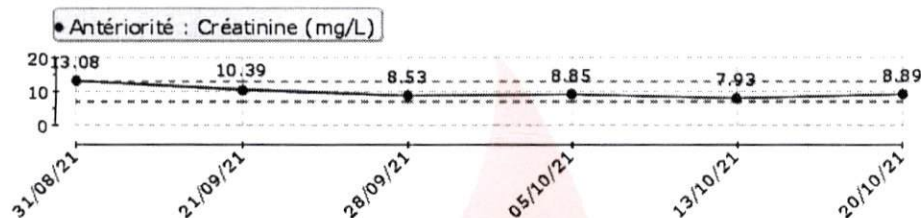
8.89 mg/L

(7.00-13.00)

7.93

78.7  $\mu$ mol/L

(62.0-115.1)



Validé par : Dr. IOURDANE AHLAM