

## 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

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° W21-782186

149585

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13186 Société : RAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : EL OUAHDANI Nehamed Amine

Date de naissance : 05/11/1992

Adresse : Ville n° 181 Lot EL HANSOUR Nehamed

Tél. : 0676143592 Total des frais engagés : 19320,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25/11/2022

Nom et prénom du malade : EL OUAHDANI Nehamed Amine Age: 30

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

Nature de la maladie : SPA

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 15 NOV 2023

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 : 25/11/2022

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT



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
25/11/2022				INP : 144449603

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25/11/22	1887000

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	25/11/2022	B.430	45000

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]														
				MONTANTS DES SOINS [ ]														
				DEBUT D'EXECUTION [ ]														
				FIN D'EXECUTION [ ]														
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>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT 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 DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION





## Ordonnance

Rabat le : 25/11/2022

M' EL OUAHDANI, MOHAMED,  
AMINE

HUMIRA 40mg

1mg b/c 1 fois/15i

QSP 03 mois

Dr. Hanan RKAÏN  
Professeur de  
Enseignement Supérieur





# HUMIRA<sup>®</sup> 40 mg

Solution injectable en seringue préremplie

**Adalimumab**

Lot N°:

39279LX03

EXP:

02/2024

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Humira 40mg/0,8ml b2 spr  
mv

P.P.V : 6290,00 DH







# HUMIRA® 40 mg

Solution injectable en seringue préremplie

**Adalimumab**

Lot N°:

39279LX03

EXP:

02/2024

Maphar  
Bd Alkima N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Humira 40mg/0,8ml b2 spr  
mv

P.P.V : 6290,00 DH







# HUMIRA<sup>®</sup> 40 mg

Solution injectable en seringue préremplie

**Adalimumab**

Lot N°:

39279LX03

EXP:

02/2024

Maphar  
Bd Alkima N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Humira 40mg/0,8ml b2 spr  
mv

**P.P.V : 6290,00 DH**







## Ordonnance

Rabat le : 25/11/2022

M<sup>r</sup> EL OUAHDANI NOHAMED  
AMINE

NFS

Fémininisme

VS.

CRP





# CENTRE DE BIOLOGIE AL WIFAK

Laboratoire d'Analyses Médicales et Spécialisées

Tél : 0537 40 30 30 – Fax : 0537 40 30 36 – Courrier électronique : [contact@cbw.ma](mailto:contact@cbw.ma)

Site web : [www.cbw.ma](http://www.cbw.ma)

INPE -Profesionnel



107163479

INPE -Etablissement



103061172

**FACTURE N° : 221101724**

TEMARA le 25-11-2022

**Mr Mohamed Amine EL OUAHDANI**

N° de dossier : 2211250045

Date de l'examen : 25-11-2022

Récapitulatif des analyses			
CN	Analyse	Clé	Coefficient
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	E	20
0370	CRP	B	100
0154	Ferritine	B	250
0216	Numération formule	B	80

Total des B' : 430

**TOTAL DOSSIER : 450.00MAD**

**Arrêtée la présente facture à la somme de : quatre cent cinquante dirhams**

le B est un coefficient clef imposé par l'assurance maladie et affecté pour chaque analyse remboursée.

**INFORMATION IMPORTANTE AUX PATIENTS :** Si vous êtes titulaire d'une mutuelle ou assurance maladie, merci de déposer votre dossier mutuelle dans un délai ne dépassant pas 2 mois de la date de l'exécution des analyses médicales. Le changement ultérieur de date sur la facture, la feuille de mutuelle et le compte rendu par notre laboratoire ne pourra pas être effecteur.

**CACHET DU LABORATOIRE :**



**Complexe Médical Al Wifak (rdc), Lot°3214, Avenue Docteur Abdelkarim El Khateb**

**Quartier Al Wifak, Temara**

**CNSS : 4703022 – Patente : 279375 91 – IF : 35397934**

**ICE : 001798141000051**

**RIB : BMCI – 013 825 01243 00006400150 20**



Pharmacie Attadamoun  
secteur al wifaq  
tel : 0537610662  
Patente n° 26966000  
IF : 91279028  
CNSS : 136735630  
RIB : 022810000239000390020223  
SGMB

M<sup>r</sup> el ouahdani  
Mohamed Amine

PHARMACIE ATTADAMOUNE  
Dr. LADREH Mounia  
Projet Attadamoun, Imm. B1  
Mag. N° 1 Al Wifaq - Témara  
Tel : 05 37 61 06 62  
INPE : 102012104

Temara, le 25/11/2022

facture n° 21

Quantité	désignation	prix unitaire	Total
3	Humira inj	6290.00	18870.00
Total			18870.00

Arrêtée la présente facture à la somme de dix huit mille huit cent soixante-dix dirhams

PHARMACIE ATTADAMOUNE  
Dr. LADREH Mounia  
Projet Attadamoun, Imm. B1  
Mag. N° 1 Al Wifaq - Témara  
Tel : 05 37 61 06 62  
INPE : 102012104



Dr Imad EL YAAGoubi

Directeur du centre  
Pharmacien Biologiste  
INPE - Professionnel: 107163479



Laboratoire Certifié ISO 9001

د. عماد اليكوبى

مدير المركز، صيدلاني إحيائي  
الرقم الوطني الاستدلالي المهني: 107163479

Dossier enregistré le : 25-11-2022

Prélèvement du 25-11-2022 à 09:56

Code patient : 2005290080

Edition du : 15-02-2023

Mr Mohamed Amine EL OUAHDANI

Né(e) le : 05-11-1992 (30 ans)

Prescripteur :

Dossier N° : 2211250045



## HEMATOLOGIE

International Quality Control (E-CHECK XE® -Kobe Japan )

## HEMOGRAMME

Technique de Référence : Cytométrie de flux SYSMEX (XS500I/XN550)

## Numération Globulaire

			30-08-2022
Hématies (Globules rouges)	5.05 M/ $\mu$ L	(4.10-6.00)	5.03
Hémoglobine	14.20 g/dL	(12.30-17.20)	13.50
Hématocrite	44.00 %	(37.30-49.50)	41.90
VGM	87 fL	(80-100)	83
TCMH	28.1 pg	(26.0-34.0)	26.8
CCMH	32 g/dL	(30-36)	32

## Formule leucocytaire :

			30-08-2022
Leucocytes (Globules blancs)	6 610 /mm <sup>3</sup>	(4 000-11 000)	5 730
Neutrophiles	54.8 % soit 3 622 /mm <sup>3</sup>	(1 200-6 600)	3 684
Eosinophiles	5.1 % soit 337 /mm <sup>3</sup>	(10-1 000)	69
Basophiles	0.8 % soit 53 /mm <sup>3</sup>	(0-150)	40
Monocytes	8.0 % soit 529 /mm <sup>3</sup>	(200-1 100)	567
Lymphocytes	31.3 % soit 2 069 /mm <sup>3</sup>	(800-4 100)	1 369

## Numération plaquettaire

Plaquettes	277 000 /mm <sup>3</sup>	(150 000-400 000)	254 000
Volume Plaquettaire Moyen	10.2 fl	(8.9-13.1)	9.9

Validé biologiquement par:

Page 1 / 2

CENTRE DE BIOLOGIE AL WIFAK

Laboratoire d'analyses biologiques médicales

Docteur Imad EL YAAGoubi

Spécialiste en analyses de biologie médicale

N° 324, Av. Dr. Abdelkrim El Khatib, Quartier Al Wifak, Témara

INPE: 10306172 - Tél: 0537 40 30 30





## BIOCHIMIE SANGUINE

Contrôle de Qualité Quotidien( PreciControl® – Mannheim Germany)

30-08-2022

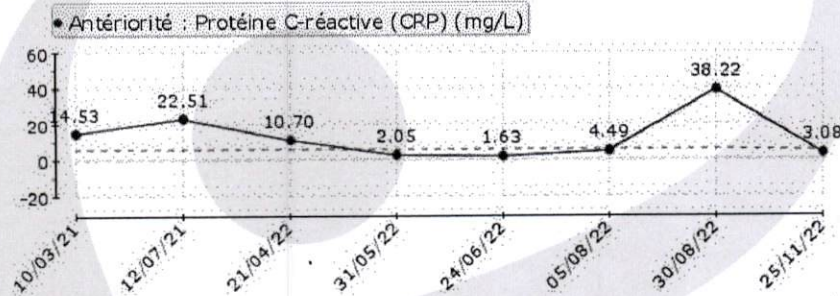
Protéine C-réactive (CRP)

3.08 mg/L

(&lt;5.00)

38.22

(Immunoturbidimétrie – Sérum/Plasma)



30-08-2022

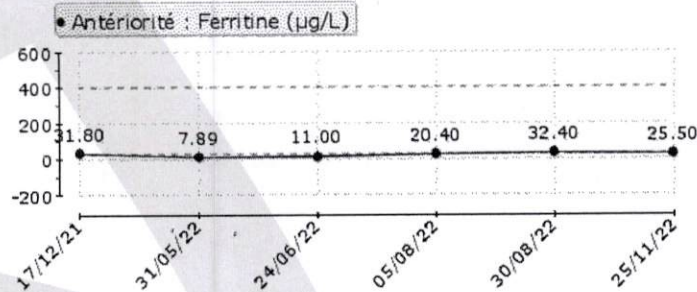
Ferritine

25.50 µg/L

(30.00–400.00)

32.40

(Immunoturbidimétrie – Sérum/Plasma)



## Interprétation :

Age	Sexe	Valeurs de référence (ug/L)
<1an		12–327
1–3 ans		6–67
4–6 ans		4–67
7–12 ans	Féminin	7–84
	Masculin	14–124
13–17 ans	Féminin	13–68
	Masculin	14–152
17–60 ans	Féminin	15–150
17–60 ans	Masculin	30–400