

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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° W19-562332

46403

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 4720	Société : RATP Retraite		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input checked="" type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : Belouch Tchahmed			
Date de naissance : 01/01/1915			
Adresse : 10 passage El Fadil hay Yasmine			
Tél. : 0662180291	Total des frais engagés : Dhs		

Cadre réservé au Médecin	DOCTEUR OMAR HAJJI ONCOLOGUE MEDICAL Salaaj 3 Bd. La Grande Ceinture Ain Diab Casa - Anfa - Tél : 05 20 66 66 90/91/92 Fax : 05 22 79 75 94 / 05 22 79 89 88		
Date de consultation : 23/9/2011			
Nom et prénom du malade : O. Belouch Mohamed		Age : 61 ans	
Lien de parenté : Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : Nos malades			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer ces renseignements sous pli confidentiel. J'atteste 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
Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE 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
<u>23/03/2023</u>	<u>C2</u>	<u>1</u>	<u>Signature</u>	INP : <u>Dr Omar HAJJI</u>  <u>091071043</u>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACIE YASMINA 77 RUE IBNOU NAFIS HAY Yasmine Ben chid Tel:05 22 53 31 88	25/9/2015	178,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

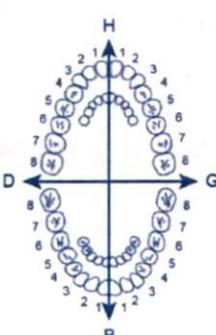
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRE

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



090003906

RADIOOTHERAPIE CONFORMATIONNELLE ET DOSIMETRIE 3D • RADIOTHERAPIE PAR MODULATION D'INTENSITE : IMRT • RAPID-ARC •
RADIO-CHIRURGIE STEREOTAXIQUE • CURIETHERAPIE HAUT DEBIT • MEDECINE NUCLEAIRE • ONCOLOGIE MEDICALE • ONCO. HEMATOLOGIE
GREFFE DE MOELLE OSSEUSE • RADIOLOGIE • CHIRURGIE CARCINOLOGIQUE • CHIRURGIE REPARATRICE ET ESTHETIQUE • SOINS INTENSIFS
REANIMATION ET TRAITEMENT DE LA DOULEUR • SOINS PALLIATIFS • RADIOFREQUENCE • DEPISTAGE ET DIAGNOSTIC DES TUMEURS

23/9/16
 ن° Belouch Mohamed
 22, N
 D Gostem wj 5 > ci
 99, W 2yj lj en ph op regen
 ① oestj 20 Mwl xj op yi > ci
 28,40x(3) Kelieff wj xj > ci
 ③

TS 17868
 PHARMACIE YASMINA
 77 RUE IBNOU NAFIS
 HAY Yasmina Berrechid
 Tél.: 05 21 53 31 88

Docteur Omar HAJJI
 ONCOLOGUE MEDICAL
 Salaj 3 Bd. La Grande Ceinture Ain Diab
 Casab - Anfa - Tel: 05 20 66 68 90/91/92
 Fax: 05 22 79 75 94 / 05 22 79 86 89

Cortancyl® 5 mg

Prédnisone

Comprimé sécable

sanofi aventis

IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

Composition

Prédnisone 5 mg

Excipients : amidon de maïs, lactose, stéarate de magnésium, talc pour un comprimé sécable.

Forme pharmaceutique

Comprimé sécable (boîte de 30).

Classe pharmaco-thérapeutique

GLUCOCORTICOIDE - USAGE SYSTEMIQUE

(H : Hormones non sexuelles)

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament est un corticoïde.

Il est indiqué dans certaines maladies, où il est utilisé pour son effet anti-inflammatoire.

ATTENTION !

Dans quel cas ne pas utiliser ce médicament

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

- la plupart des infections,
- certaines maladies virales en éruption (varicelle, zona),
- certains troubles mentaux non traités,
- vaccination par des vaccins vivants,
- antécédent d'allergie à l'un des composants.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE CONSULTER VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIE.

Mises en garde spéciales

Ce médicament doit être pris sous surveillance d'un médecin.

AVANT LE TRAITEMENT :

Prévenir votre médecin en cas de vaccination, de maladies du côlon, d'intervention chirurgicale récente au niveau de l'intestin, de diabète, d'hypertension artérielle, d'infection (notamment



22/80
PPI 220 180
L01 208 004
PPB 827 33
L47



OEDES® 20 mg

Microgranules gastro-résistants en gélules

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

DÉNOMINATION DU MEDICAMENT :

OEDES® 20 mg

COMPOSITION :

Chaque gélule contient 20mg de substance active : oméprazole.

Excipients : qsp 1 gélule.

FORME PHARMACEUTIQUE ET PRESENTATIONS :

Microgranules gastro-résistants en gélules. Disponibles en boîtes de 7, 14, 28 et 56

CLASSE PHARMACOLOGIQUE OU THÉRAPEUTIQUE :

Oedes 20mg, microgranules gastro-résistants en gélule contient une substance appelée oméprazole. C'est un médicament de la classe des inhibiteurs de la pompe à protons. Il diminue la sécrétion acide au niveau de l'estomac.

DANS QUEL(S) CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Indications :

Adulte :

- En association à une bithérapie antibiotique, éradication de Helicobacter pylori en cas de maladie ulcèreuse gastroduodénale.
- Ulcère duodénal évolutif.
- Ulcère gastrique évolutif.
- œsophagite érosive ou ulcère.
- Traitement symptomatique d'en cas de résistance à la pompe à proton.
- Traitement d'entretien des ulcères de l'estomac et/ou duodénum chez qui l'éradication de H. pylori ou chez qui l'éradication n'a pas été possible.
- Traitement d'entretien des œsophagites érosives.
- Syndrome de Zollinger-Ellison.
- Traitement des lésions gastriques et/ou duodénales lorsque la poursuite des antécédents d'ulcère gastroduodénal (pour lesquels un traitement anti-inflammatoire est indispensable).
- Traitement préventif des lésions œsophagiques stéroïdiens chez les patients traités par corticoïdes.

Enfant à partir de 1 an :

- œsophagite érosive ou ulcération symptomatique par reflux gastro-œsophagien.

DANS QUEL(S) CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT

Contre-indications:

Ne prenez jamais Oedes 20mg, microgranules gastro-résistants en gélule:

- En cas d'allergie connue à l'un des composants de ce médicament.
 - En association avec l'atazanavir associé au ritonavir (médicament anti-infectieux).
- EN CAS DE DOUCE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

LOT 191336
EXP 04/2022
PPV 99.00 DH

KALIEFF®

Bicarbonate de potassium

PRESENTATIONS

Boîte de 18 comprimés effervescents.

Boîte de 36 comprimés effervescents.

COMPOSITION

Bicarbonate de potassium 1400 mg

(correspondant à 14 mmol de potassium)

Excipients qs un comprimé effervescent

PROPRIETES

Le potassium est le principal cation intracellulaire. Il est un déterminant majeur du volume cellulaire et de l'osmolarité des liquides corporels.

De plus, le potassium est un co-facteur de nombreux processus métaboliques.

Les états de déplétion potassique doivent être traités du fait des risques cardiaques et neuromusculaires essentiellement, auxquels ils exposent.

INDICATIONS

L'administration du bicarbonate de potassium est indiquée dans la plupart des états de déplétion potassique sans alcalose, ou en cas de déficit potassique avec tendance à l'acidose, ou avec acidose métabolique déclarée concomitante.

- Pertes gastro-intestinales importantes (diarrhées, vomissements, fistules)
- Abus de laxatifs
- Traitement par les inhibiteurs de l'anhydrase carbonique
- Traitement par les diurétiques thiazidiques
- Traitement par les corticoïdes
- Pyelonephrite chronique
- Acidose tubulaire.

POSOLOGIE

Il importe, dans la prescription, de tenir compte de la quantité de potassium contenue dans la préparation et non du dosage en sel de potassium.

A titre indicatif, les doses proposées sont :

- Dans le traitement préventif : 30 à 50 mmol de potassium KALIEFF, lors des traitements digitaliques ou salidiurétique

- Dans le traitement curatif d'un déficit potassique avéré (80 mmol) de potassium/jour, soit 6 comprimés de KALIEFF.

La voie orale est possible dans la kaliopénie modérée (digestifs (vomissements) ou de la fonction rénale).

Chez le nourrisson et l'enfant du 1 er âge, la posologie est en 2 à 4 prises

CONTRE INDICATIONS :

Hyperkaliémie ou toute situation pouvant entraîner une hypertension artérielle

- Insuffisance rénale
- syndrome addisonien
- Myotonie congénitale -

Traitements concomitants par épargneur de potassium

KALIEFF®

PPV 28DH40
EXP 05/2024
LOT 03025 1

KALIEFF®

Bicarbonate de potassium

PRESENTATIONS

Boîte de 18 comprimés effervescents.

Boîte de 36 comprimés effervescents.

COMPOSITION

Bicarbonate de potassium 1400 mg

(correspondant à 14 mmol de potassium)

Excipients qs un comprimé effervescent

PROPRIETES

Le potassium est le principal cation intracellulaire. Il est un déterminant majeur du volume cellulaire et de l'osmolarité des liquides corporels.

De plus, le potassium est un co-facteur de nombreux processus métaboliques.

Les états de déplétion potassique doivent être traités du fait des risques cardiaques et neuromusculaires essentiellement, auxquels ils exposent.

INDICATIONS

L'administration du bicarbonate de potassium est indiquée dans la plupart des états de déplétion potassique sans alcalose, ou en cas de déficit potassique avec tendance à l'acidose, ou avec acidose métabolique déclarée concomitante.

- Pertes gastro-intestinales importantes (diarrhées, vomissements, fistules)
- Abus de laxatifs
- Traitement par les inhibiteurs de l'anhydrase carbonique
- Traitement par les diurétiques thiazidiques
- Traitement par les corticoïdes
- Pyelonephrite chronique
- Acidose tubulaire.

POSOLOGIE

Il importe, dans la prescription, de tenir compte de la quantité de potassium contenue dans la préparation et non du dosage en sel de potassium.

A titre indicatif, les doses proposées sont :

- Dans le traitement préventif : 30 à 50 mmol de potassium KALIEFF, lors des traitements digitaliques ou salidiurétiques

- Dans le traitement curatif d'un déficit potassique avéré

80 mmol) de potassium/jour, soit 6 comprimés de KALIEFF

La voie orale est possible dans la kaliopénie modérée (digestifs (vomissements) ou de la fonction rénale).

Chez le nourrisson et l'enfant du 1 er âge, la posologie est en 2 à 4 prises

CONTRE INDICATIONS :

Hyperkaliémie ou toute situation pouvant entraîner une hypertension artérielle

- Insuffisance rénale

- syndrome addisonien

- Myotonie congénitale -

Traitements concomitant par épargneur de potassium

KALIEFF®

PPV 28DH40
EXP 05/2024
LOT 03025 1



090003906

RADIOOTHERAPIE CONFORMATIONNELLE ET DOSIMETRIE 3D • RADIOTHERAPIE PAR MODULATION D'INTENSITE : IMRT • RAPID-ARC •
RADIO-CHIRURGIE STEREOTAXIQUE • CURIOTHERAPIE HAUT DEBIT • MEDECINE NUCLEAIRE • ONCOLOGIE MEDICALE • ONCO. HEMATOLOGIE
GREFFE DE MOELLE OSSEUSE • RADIOLIGIE • CHIRURGIE CARCINOLOGIQUE • CHIRURGIE REPARATRICE ET ESTHETIQUE • SOINS INTENSIFS
REANIMATION ET TRAITEMENT DE LA DOULEUR • SOINS PALLIATIFS • RADIOFREQUENCE • DEPISTAGE ET DIAGNOSTIC DES TUMEURS

NOM & PRÉNOM : J. Belkouch Mohamed Date : 23/91/20
 AGE : 61 ans
 ORGANISME GESTIONNAIRE : MURDOH N° ADMISSION :

BILANS BIOLOGIQUES

HEMOGRAMME : NFS + plq

BILAN D'HÉMOSTASE : TP PDF TCK Fibrinogène INR D-dimères

BILAN BIOCHIMIQUE :

Ionogramme Complet <input type="checkbox"/>	Na+ <input type="checkbox"/>	Mg+ <input type="checkbox"/>	Protéines <input type="checkbox"/>	Fer sérique <input type="checkbox"/>	Glycémie à jeun <input type="checkbox"/>
Reserve alcaline <input type="checkbox"/>	K+ <input type="checkbox"/>	Ca++ <input type="checkbox"/>	Albumine <input type="checkbox"/>	Ferritin <input type="checkbox"/>	Cl- <input type="checkbox"/> Ph <input type="checkbox"/>
EPP <input type="checkbox"/>	Triglycerides <input type="checkbox"/>	Cholest.total <input type="checkbox"/>	HDL <input type="checkbox"/>	LDL <input type="checkbox"/>	Urée + creat <input type="checkbox"/>
Clairance de la créatinine <input type="checkbox"/>	Bilirub. totale <input type="checkbox"/>	Bilirubine directe <input type="checkbox"/>	ALAT <input type="checkbox"/>	ASAT <input type="checkbox"/>	
Ph. alcalines <input type="checkbox"/>	LDH <input type="checkbox"/>	GammaGT <input type="checkbox"/>	Hémoculture <input type="checkbox"/>	ECBU <input type="checkbox"/>	
CRP <input type="checkbox"/>	PCT <input type="checkbox"/>	CPK <input type="checkbox"/>	CPKmb <input type="checkbox"/>	TROponine <input type="checkbox"/>	

MARQUEURS TUMORAUX

ACE <input type="checkbox"/>	CA19-9 <input type="checkbox"/>	CA15-3 <input type="checkbox"/>	CA125 <input type="checkbox"/>	AFP <input type="checkbox"/>	Thyroglobuline <input type="checkbox"/>
PSA <input checked="" type="checkbox"/>	Calcitonine <input type="checkbox"/>	NSE <input type="checkbox"/>	B2 microglobuline <input type="checkbox"/>		β-HCG <input type="checkbox"/>

AUTRES :

Test hémorragique

A



مختبر حمزاوي للتحاليلات الطبية

LABORATOIRE HAMZAOUİ D'ANALYSES MEDICALES

Docteur Noureddine HAMZAOUİ

Docteur d'Etat en Pharmacie Biogiste Diplômé des Universités de Paris - France

Spécialiste en Diagnostic et Thérapeutique des couples infertiles

Ancien interne et attaché des hôpitaux de Paris

DEA des sciences économiques et sociales de la santé



INP: 093060721

Facture N°: FA016534/2020

IF 87861100

TP 34459760

ICE: 001635816000075

Référence:



7 241020 240660

Date de prélèvement

samedi 24 octobre 2020

Nom Prénom

BELOUCH MOHAMED

Médecin:

OMAR HAJJI

Quantité	Lettre clé	Analyses	Total
1	B 9	Prise de sang	9,9 dh
1	B 300	PSA total	330 dh
1	B 300	Testostérone totale	330 dh
	B 609		669,90 dh

Net à payer TTC 669,90 dh

Arrête la présente facture à la somme de:

SIX CENT SOIXANTE-NEUF DIRHAMS ET QUATRE-VINGTS-DIX
CENTIMES

CMIM, AMO, CNOPS, CNSS

LABORATOIRE HAMZAOUİ
d'ANALYSES MEDICALES
Dr. Noureddine HAMZAOUİ
64, Bd. Moulay Idriss 1er - Casablanca
Tel: 0522 28 40 65 / Fax: 0522 28 40 46

مختبر حمزاوي للتحليلات الطبية

LABORATOIRE HAMZAOUI D'ANALYSES MEDICALES

Docteur Noureddine HAMZAOUI

Docteur d'Etat en Pharmacie Biologiste Diplômé des Universités de Paris - France
Spécialiste en Diagnostic et Thérapeutique des couples infertiles
Ancien interne et attaché des hôpitaux de Paris
DEA des sciences économique et sociales de la santé

Edité le : 26-oct-20

Date de prélèvement: samedi 24/10/2020

38641

Référence:



Nom, Prénom: BELOUCH MOHAMED

WS619

Préscripteur, Dr: OMAR HAJJI

BIOCHIMIE CLINIQUE HOMME ADULTE

Profil	Analyses	Résultat	Valeurs de références
Hormones	Testostérone H	0,03	2,8 - 8 ng/ml CL (Chimiluminescence)
Marqueurs	PSA totale	0,77	< 4 ng/ml ELFA Vidas Biomérieux

Observations:

LABORATOIRE HAMZAOUI
d'ANALYSES MEDICALES
Dr. Noureddine HAMZAOUI
64 Bd My Driss Ier - Casablanca
Tél: 0522 28 40 65 Fax: 0522 28 40 46

LABORATOIRE HAMZAOUI
d'ANALYSES MEDICALES
64, Bd. My Driss 1er - Casablanca
Tél: 0522 28 40 65 Fax: 0522 28 40 46