

# 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.

## Pathologie 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.

## Éducation :

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)

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](http://www.mupras.com)



7115  
**Déclaration de Maladie**  
N° P19-0048130

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** **50001** ☐ **Autres**

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **7115** Société : **RAM**  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : **R**  
Nom & Prénom : **SIFEDDINE Abdallah**  
Date de naissance : **04.08.1955**  
Adresse : **16 PASSAGE 4 TISSIN II BERRECHID**  
Tél. : **06 74 20 75 33** Total des frais engagés : **20** Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
Date de consultation : **23/11/2020**  
Nom et prénom du malade : **Sifeddine Abdallah** Age : **65**  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : **18/11/2020**  
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 : **Ben Melloul** Le : **23/11/2020**  
Signature de l'adhérent(e) :

**YAZIDI ASMA**  
Tél. Fax : 0522 22 44 22  
091031957



# 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
22/11/2020	C2	300,00		Dr. YAZID PASHA
25/11/2020	Contrôle			Dr. YAZID PASHA

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. FOUZIA RIANI	23-11-20	79,80
Lot - AL MANDAR AL JAMIL Tél : 05 22 53 32 52	25-11-20	657,60

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	23.11.2020		458,80

# AUXILIAIRES MEDICAUX

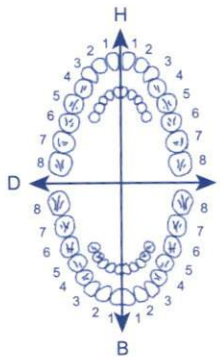
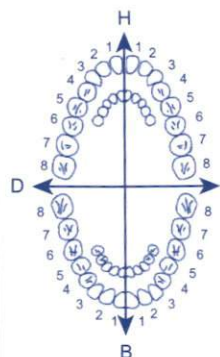
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 canaux, 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 CCOEFFICIENT 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



Dr. YAZIDI Asmaa

Néphrologue, Spécialiste des maladies des reins  
Ancienne Médecin au CHU Ibn Rochd  
et au Centre de dialyse Al Amal Berrechid



٧١٤ ٧١١٥

الدكتورة يزیدی أسماء

إختصاصية في أمراض الكلى و تصفية الدم  
طبيبة سابقة بمستشفى ابن رشد  
ومركز تصفية الدم الأمل ببرشيد



Berrechid, le 25/11/2022 في برشيد،

243,60  
Si feddine Abokellah  
2000 Ken 2000 (N° 21)  
cpa 212 epu neques  
xof jin  
Sulhiet 16015  
687,62 cpa j le uctin  
x 3 uctin

Dr. YAZIDI Asmaa  
Néphrologue  
44 Lotissement Chama - Berrechid  
Tél : 0522 32 44 95  
INP: 091031997



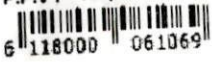


7le 7ms

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebat Casablanca  
Oroken 200 mg, cp, pel b 8  
P.P.V: 143,60 DH



Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebat Casablanca  
Oroken 200 mg, cp, pel b 8  
P.P.V: 143,60 DH



185DH20

185DH20



Dr. YAZIDI Asmaa

Néphrologue, Spécialiste des maladies des reins  
Ancienne Médecin au CHU Ibn Rochd  
et au Centre de dialyse Al Amal Berrechid



٧١٤ ٧٨١٥

الدكتورة يزیدی أسماء  
إختصاصية في أمراض الكلى و تصفية الدم  
طبيبة سابقة بمستشفى ابن رشد  
بمركز تصفية الدم الأمل ببرشيد

Berrechid, le 23 / 11 / 2023 في برشيد،



242750 Mr Sifeddine Abdallah

- Spasfon 4p

1 cp x 21 j avec ~~nepres~~  
X 15 j fin

24180 Atabrol 800

7980 1 cp x 21 j avec  
nepres x

Dr. YAZIDI Asmaa

Néphrologue  
44 Lotissement Chama - Berrechid  
Tél : 0522 32 44 95  
Fax : 0522 32 44 95  
INP : 091031997







27DH50



27DH50

1C = 7MS



PPV: 24DH80

PER: 09-23

LOT: J1959



Dr. YAZIDI Asmaa

Néphrologue, Spécialiste des maladies des reins  
Ancienne Médecin au CHU Ibn Rochd  
et au Centre de dialyse Al Amal Berrechid



7<sup>le</sup> 7/115

الدكتورة يزیدی أسماء  
إختصاصية في أمراض الكلى و تصفية الدم  
طبيبة سابقة بمستشفى ابن رشد  
و مركز تصفية الدم الأمل ببرشيد

برشيد، في 23 / 11 / 2025  
Berrechid, le



Mr Si Feddine Abdallah

Une - créature

- pleure beaucoup.

- cl. créature (mère)

- NFS p.p.

- GAD -

HbA<sub>1c</sub>

- Prusk. 24h

LABORATOIRE CENTRAL ERRAZI  
BERRECHID  
Dr Abdelhamid EL AZIZI  
Pharmacien

Dr YAZIDI Asmaa  
Néphrologue  
44 Lotissement Chama - Berrechid  
Tél/Fax : 0522 32 44 95  
N°P : 091031997



Dr. YAZIDI Asmaa

Date du prélèvement : 23/11/20

Dossier édité le : 24/11/2020

Code Patient : 29193

77<sup>le</sup> 7115

Mr. SIFEDDINE Abdallah

Page : 2 / 2

Prélèvement Effectué au Laboratoire

231120 075

## BIOCHIMIE SANGUINE

KONELAB 201

Valeurs de référence

Antécédents

GLYCEMIE A JEUN : 1,40 g/l (0,70 à 1,10)  
ou : 7,77 mmol/l (3,88 à 6,12)

HEMOGLOBINE GLYQUEE (HbA1C) : 8,10 % 06/10/20 : 8.30  
HPLC(Chromatographie liquide haute pression)sur automate D10 Bio-Rad : Technique de référence.

-L'hémoglobine glyquée d'un sujet normal ou d'un diabétique équilibré se situe entre 4 et 6%

-L'hémoglobine glyquée d'un sujet diabétique non traité ou non équilibré est supérieure à 8,5%

UREE : 0,28 g/l (0.13 à 0.46)  
ou : 4,65 mmol/l (1,70 à 7,60)

CREATININE : 10,00 mg/l (7,0 à 13,0) 02/11/20 : 13.18

Méthode Enzymatique ou  $\mu\text{mol/l}$ : 88,00 (44 à 106)

ACIDE URIQUE : 49,20 mg/l (35 à 72) 30/04/18 : 59,00  
ou : 292,86  $\mu\text{mol/l}$  (210 à 420)

## CLEARANCE DE LA CREATININE

CREATININE : 10,00 mg/l (7,0 à 13,0) 02/11/20 : 13.18

CLAIRANCE selon Cockcroft et Gault : 54 ml/mn

## Interprétation :

&gt;80 ml/mn : Pas d'insuffisance rénale ou insuffisance rénale légère.

30 à 60 ml/mn : Insuffisance rénale modérée.

&lt;30 ml/mn : Insuffisance rénale sévère.

&lt;15 : Insuffisance rénale terminale.



INPE 063060990

 LABORATOIRE CENTRAL ERRAZI  
BERRECHID  
Dr Abdellahid HAYAZINE  
Pharmacien Biologiste



M<sup>le</sup> 7115

Dr. YAZIDI Asmaa

Date du prélèvement : 23/11/20

Dossier édité le : 24/11/2020

Code Patient : 29193

Mr. SIFEDDINE Abdallah

Page : 1 / 2

Prélèvement Effectué au Laboratoire

231120 075

## CHIMIE URINAIRE

KONELAB 20i

Valeurs de référence

Antécédents

DIURESE ..... : 2 800 ml  
 PROTEINE URINAIRE ..... : 0,03 g/l  
 Soit..... : 0,084 g/24h ( $< \text{à } 0,15$ )

## HEMATOLOGIE

ABX PENTRA 60

Valeurs de référence

Antécédents

## HEMOGRAMME sur Automate ABX Pentra 60 (HORIBA)

GLOBULES ROUGES .....	: 3,95	M/ $\mu$ l	(4.5 à 5.8)
HEMOGLOBINE .....	: 13,10	g/dL	(13.5 à 17.5)
HEMATOCRITE .....	: 37,30	%	(40 à 50)
V.G.M .....	: 94,43	$\mu$ 3	(82 à 98)
T.C.M.H .....	: 33,16	pg	( $>0U= 27$ )
C.C.M.H .....	: 35,12	%	( 32 à 36)
PLAQUETTES .....	: 239 000	/mm <sup>3</sup>	(150 000 à 400 000)
GLOBULES BLANCS .....	: 5 890,00	/mm <sup>3</sup>	(4 000 à 10 000)
<b>FORMULE LEUCOCYTAIRE :</b>			
POLYNUCLEAIRES NEUTROPHILES ..	: 65,00	%	
Soit .....	: 3 828,50	/mm <sup>3</sup>	(1 800 à 7 500)
POLYNUCLEAIRES EOSINOPHILES ..	: 2,000	%	
Soit .....	: 117,8	/mm <sup>3</sup>	(100 à 400)
POLYNUCLEAIRES BASOPHILES ....	: 0,00	%	
Soit .....	: 0,0	/mm <sup>3</sup>	(0 à 200)
LYMPHOCYTES .....	: 24,00	%	
Soit .....	: 1 413,6	/mm <sup>3</sup>	(1 000 à 4 500)
MONOCYTES .....	: 9,00	%	
Soit .....	: 530,1	/mm <sup>3</sup>	(2 00 à 1 000)
TOTAL.....	: 100,00	%	



INPE 063060990

LABORATOIRE CENTRAL ERRAZI  
 Dr Abdelhamid HAZINE  
 Pharmacien Biologiste



7<sup>le</sup> = 7115

FACTURE N° : 20008153

BERRECHID ..... : 23/11/2020  
Nom et Prénom ... : Monsieur Abdallah SIFEDDINE  
Prescripteur .... : Dr. YAZIDI Asmaa

Bilan :

PROU B30+ NFS B80+ GLY B18+ HBAC B100+  
URE B35+ CREA B35+ AUR B30+ CLCR B80+

Montant Net ..... : 458,80 Dhs

Arrêtée la présente facture à la somme de:

Quatre cent cinquante huit Dirhams et quatre-vingts centimes

Dr. YAZIDI ASMAA  
LABORATOIRE CENTRAL ERRAZI  
Dr. ALI HAZN  
Pharmacien Biologiste



INPE 063060990