

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.

N° W19-477481

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 12327			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	RAN
Nom & Prénom : MDAGHRI FILALI MOUINIR			
Date de naissance : 08/08/1985			
Adresse : Reg AC FIRDAOUS 0485 A44 APPT 01 OULFA CASA			
Tél. : 0661 087775 Total des frais engagés : 2347 Dhs			
Cadre réservé au Médecin			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Professeur A. REFFES Chirurgie & Traumatologie - Orthopédie Pédiatrique 237, Bd Zerktouni - Casablanca Tél. : 05 22 94 20 00 </div>			
Cachet du médecin : 25 OCT. 2019			
Date de consultation : 25/10/2019			
Nom et prénom du malade : TIDA CHRI FILALI Rayane			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : CIRCONCISION			
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 : CASABLANCA

Le : 25/10/2019

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
25/10/19	visite Jacki c/s	Création	0911104955FAS	INP 0911104955FAS PROFESSIONNEL Chirurgie & Traumatologie Orthopédie Pédiatrique 237, Bd Zerkourini - Casablanca Tél.: 05 22 94 20 00
23/10/19		Création	PROFESSIONNEL Chirurgie & Traumatologie Orthopédie	

EXECUTION DES ORDONNANCES			
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture	
aff	25/10/19	237, Bd Zerkourini - Casablanca Tél.: 05 22 94 20 00	199, 00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. EL KHAFIF Amal 8a Mbarek Ben Youcef Hammadi N 52 54 Hay Al Oods Sidi Bernoussi Casablanca Tél: 022758671 / 05 22 76 84 39	24/10/19	BS. 148- P	148,00 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
CLINIQUE PEDIATRIQUE AFFAL 10, Bd. Abdellatif Ben Abdallah OASIS - Casablanca Tél: 0522 23 18 18-Fax: 0521 43	25/10/19	visite Jacki c/s				2000 DH

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
ODF PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 00000000	G 21433552 00000000 11433553		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	D 00000000 35533411	G 00000000 11433553		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	B H [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



الدكتور عبد الرحيم الفار

Professeur A. REFASS

Chirurgie
& Traumato-Orthopédie Pédiatriques

Casablanca, le

25 / 10 / 2019

ORDONNANCE

NOM & PRENOM: MDAGHRI FILALI RAYANE

1° Bactospray.

3 à 4 pulvérisations / jour pendant 5 jours.

2° Vaseline blanche tube.

3 à 4 applications / jour pendant 5 jours.

3° Parantal sirop.

1 dose. 6.4g/100kg x 4 / jour pendant 2 jours

4° Eosine aqueuse 2%.

3 pulvérisations / jour pendant 5 jours.

BACTOSPRAY
LOT : 19070302
EXP : 07/2022
PPC : 138.00 DH

Laboratoire ADDAX
France

Lot : 181178
Per : 01/2021
PPC : 13,50 DH

Signé : Pr. A. REFASS

Professeur A. REFASS
Chirurgie & Traumato - Orthopédie
Pédiatrique
237, Bd Zerkouni - Casablanca
Tél : 05 22 94 20 00

PHARMACIE LA PALMERAIE
M'dina M'ndili Nezha
Fès - Sidi Bennouroussi Casablanca
Tél : 05 22 73 59 93

6 117070 213466
PPC : 130.00 DH
LOT : 3010948
EXP : 01/2023

Cabinet: Résidence Kheir - 237, Bd zerkouni - Casablanca - Tél. : 0522.942.000 - Fax : 0522.9

Clinique: 50, Bd Abderrahim Bouabid - Oasis - Casablanca - Tél. : 0522.231.818 (8 LG)

PARANTAL®

PARACETAMOL

Solution buvable pédiatrique à 3 %

FORME PHARMACEUTIQUE ET PRÉSENTATION

Solution buvable à 3 %, flacon de 90 ml avec seringue doseuse graduée en kg de poids.

COMPOSITION QUALITATIVE

Paracétamol 3.000 g
Excipients : able

CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE

Antalgique, antipyrrétique

PPV 17DH50

EXP 03/2022

DANS QUELS CAS UTILISER CE MÉDICAMENT

TraITEMENT symptomatique des douleurs d'ir

LOT 84113 1

les.

DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MÉDICAMENT

- Allergie connue au paracétamol.
- Insuffisance hépatocellulaire.

EN CAS DE DOUCE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN

MISES EN GARDE SPÉCIALES ET PRÉCAUTIONS D'EMPLOI

En cas de surdosage ou de prise par erreur d'une dose trop élevée, prévenir immédiatement votre médecin.

Pour éviter un risque de surdosage, vérifier l'absence de paracétamol dans la composition d'autres médicaments associés.

En cas de diabète ou de régime pauvre en sucre, tenir compte dans la ration journalière de la présence de sucre : 0,167 g de sucre par graduation de 1 kg figurant sur le système doseur.

Ce médicament contient du parahydroxybenzoate et peut provoquer des réactions allergiques.

INTERACTIONS MÉDAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

La prise de paracétamol peut fausser le dosage de l'acide urique sanguin et le dosage de la glycémie.

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MÉDICAMENTS, SIGNALEZ SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN

LISTE DES EXCIPIENTS A EFFET NOTOIRE

Sucre (Saccharose) : 0,167 g de sucre par graduation de 1 kg.

parahydroxybenzoate de méthyle et parahydroxybenzoate de propyle.

COMMENT UTILISER CE MÉDICAMENT ?

- Posologie :

DANS TOUS LES CAS SE CONFORMER STRICTEMENT A L'ORDONNANCE DE VOTRE MEDECIN. A TITRE INDICATIF :

La dose quotidienne de paracétamol recommandée est de 60 mg/kg/jour à répartir en 4 prises, soit 15 mg/kg toutes les 6 heures.

La dose à administrer pour une prise est obtenue en tirant le piston jusqu'à la graduation correspondant au poids de l'enfant.

Exemples :

- Enfants de 4 kg : la dose par prise est de 1 seringue remplie jusqu'à la graduation de 4 kg.



الدكتور عبد الرحيم الرايس

Professeur A. REFASS

Chirurgie
& Traumato-Orthopédie Pédiatriques

Casablanca, le 23/10/2019

IDAGHRI FILALI Rayane

- NFS -

- T.C K.

Laboratoire d'Analyses Médicales YAFÉ
Dr. EL KHAIF Amal
Bd Mbarek Ben Boubker Hammadi N 52 54
Hay Al Qods Sidi Bernoussi Casablanca
Tél. 0522.942.000 // Fax 0522.6439

Professeur A. REFASS
Chirurgie & Traumato-Orthopédie
237, Bd Zerkouni - Casablanca
Tél. : 05 22 94 20 00



Laboratoire Autorisé N°. 26050

مختبر يافا للتحاليل الطبية LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES YAFA

BIOCHIMIE-HEMATOLOGIE-MICROBIOLOGIE-IMMUNOLOGIE-HORMONOLOGIE

Dr.Amal El Khafif Ramdani

Pharmacienne Biologiste
Diplômée de l'Université de Granada-Espagne

د.أمال الخفيف رمضانى

Prélèvement du : 24-10-2019
Edition : 24-10-2019

BB MDAGHRI FILALI Rayane

Code Patient 1910240089 Référence : 1910240089

Prescripteur :

Page : 1/1

HEMATOCYTOLOGIE

Hemogramme

Hématies :	3.56	M/mm ³	(3.00-3.80)
Hémoglobine :	10.7	g/dL	(10.0-12.5)
Hématocrite :	30.6	%	(29.0-37.0)
-VGM :	86.0	fL	(87.0-113.0)
-TCMH :	30.1	pg	(31.0-35.0)
-CCMH :	35.0	g/dL	(30.0-34.0)
Leucocytes :	7 780	/mm ³	(7 000-17 000)
Polynucléaires Neutrophiles :	21.3	%	(30.0-38.0)
Soit:	1 657	/mm ³	(2 000-7 000)
Polynucléaires Eosinophiles :	2.6	%	(1.0-4.0)
Soit:	202	/mm ³	(100-600)
Polynucléaires Basophiles :	0.4	%	(0.0-1.0)
Soit:	31	/mm ³	(0-150)
Lymphocytes :	63.4	%	(48.0-64.0)
Soit:	4 933	/mm ³	(4 000-11 000)
Monocytes :	12.3	%	(2.0-10.0)
Soit:	957	/mm ³	(200-1 000)
Plaquettes :	376 000	/mm ³	(160 000-500 000)
(Cytométrie en flux XT2000Sysmex)			

HEMOSTASE

TCA Temps du témoin:	25.0	sec.	
TCA Temps du patient:	27.6	sec.	✓
TCA Ratio patient/témoin (Chronométrie CA600)	1.10		(<1.30)

Laboratoire d'Analyses Médicales YAF
Dr. EL KHAFFI Amal
Bd Mbarek Ben Boubker Hammadi N° 52-54
Hay Al Qods SIDI EL BERNOUSSI Casablanca
Validé par Dr Amal EL KHAFFI

Horaire continu : du Lundi au Vendredi : 7h30 — 17h00 / Samedi : 7h30 — 13h Prélèvement à domicile sur rendez-vous

Bd. Mbarek Ben Boubker Hammadi N°52-54 Moubaraka Hay Al Qods SIDI EL BERNOUSSI
Casablanca - Tél.: 05.22.75.86.77 / Fax : 05.22.76.84.39 - E-mail:laboyafa@hotmail.com

CLINIQUE ATFAL

50 Bd Abderrahim BOUABID OASIS
Tél. 022 23 18 18 Fax : 022 23 50 28
IF 01087099

COMPTE-RENDU OPERATOIRE

Patient **MDAGHRI FILALI RAYANE**

Chirurgien **DR, REFASS ABDELOUAHED**

Anesthésiste **PR. EQUIPE REANIMATEUR**

Nature de l'intervention **CIRCONCISION**

Date intervention **25/10/2019**

Type d'anesthésie **Générale**

Sous anesthésie générale et bloc penien

Excision de peau + prépuce

Hemostase soigneuse à l électrocoagulation

Suture mucocutanée au vicryl R 5/0

Pansement copressif au tégaderm.

Professeur A. REFFAS
Chirurgie & Traumatologie - Orthopédie
237, Bd Errachidia - Casablanca
Tél. : 05 22 94 10 00

CLINIQUE ATFAL**NOTE D'HONORAIRES****Le : 25/10/2019****Références**7 323 / 191025081821048005
PAYANT**Entrée / Sortie : 25/10/2019 - 25/10/2019****Le DR, REFASS ABDELOUAHED**présente à . **MDAGHRI FILALI RAYANE**sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
1 000,00 Dhs

et le - la prie d'agrérer l'expression de ses sentiments distingués

Cachet et signature

Professeur A. REFFAS
Chirurgie & Traumatologie
Pédiatrique
237, Bd Zerktouni - Casablanca
tél.: 05 22 52 20 10

CLINIQUE ATFAL**NOTE D'HONORAIRES****Le : 25/10/2019****Références**7 323 / 191025081836048006
PAYANT**Entrée / Sortie : 25/10/2019 - 25/10/2019****Le Pr. EQUIPE REANIMATEUR**présente à . **MDAGHRI FILALI RAYANE**sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
300,00 Dhs

et le - la prie d'agrérer l'expression de ses sentiments distingués

Cachet et signature

Pr. LARAKI Mohand
Professeur Agrégé
Anesthésiste
CLINIQUE ATFAL

Pr. SADRAOUI Abdelaziz
Anesthésiste - Réanimateur
Professeur Agrégé
CLINIQUE ATFAL

CLINIQUE ATFAL

50 Bd Abderrahim BOUABID OASIS
Tél. 022 23 18 18 Fax : .022 23 50 28
IF 01087099

F A C T U R E

N° : 7323 / 2019 du 25/10/2019

Nom patient **MDAGHRI FILALI RAYANE** Entrée 25/10/2019
PAYANT Sortie 25/10/2019

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
BLOC OPERATOIRE	1,00	k30	700,00	700,00
<i>Sous-Total</i>				700,00
Total Clinique				700,00
DR, REFASS ABDELOUAHE (chirurgien pédia)	1,00	K30	1 000,00	1 000,00
PR. EQUIPE REANIMATEUR	1,00	k15	300,00	300,00
<i>Sous-Total</i>				1 300,00
Total Autres prestations				1 300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

DEUX MILLE DIRHAMS	Total	2 000,00

CLINIQUE PEDIATRIQUE
50, Bd. Abd
OASIS - C
Tél: 022 23 18 18

CLINIQUE ATFAL

50 Bd Abderrahim BOUABID OASIS
Tél. 022 23 18 18 Fax : 022 23 50 28
IF 01087099
Casablanca

BULLETIN D'ADMISSION ET DE SORTIE

Date d'entrée 25/10/2019 Heure 06:29

Nom et Prénom du patient MDAGHRI FILALI RAYANE Age ou Date Naissance 1 - 07/08/2019

N° Cin du patient ou du tuteur

Adresse res el ferdous gh 25 imm 44 apt 22 ouffa casa

Téléphone 0612.08.26.19 /0661087775

Personne à appeler en cas d'urgence

Médecin traitant REFASS ABDELOUAHED

Durée prévue d'hospitalisation (jours) : 0

Motif d'hospitalisation CIRCONCISION

Affiliation à une couverture maladie

NON

Partie réservée aux admissions des patients affiliés à une couverture maladie

Nom et prénom de l'assuré

Lien de parenté

Organisme assureur

Mode de paiement PAYANT

Nom et prénom du signataire :

Signature CLINIQUE PEDIATRIQUE
ATFAL
50, Bd Abderrahim BOUABID
OASIS - Casablanca
Tel. 022 23 18 18 Fax : 022 23 50 28

Partie à compléter à la sortie

Date Sortie 25/10/2019

Heure 09:17

Durée d'hospitalisation (jours)

0

Nom et prénom du signataire

Signature CLINIQUE PEDIATRIQUE
ATFAL
50, Bd Abderrahim BOUABID
OASIS - Casablanca

Signature 022 23 18 18 Fax : 022 23 50 28



مختبر يافا للتحاليل الطبية

LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES YAFA

BIOCHIMIE - HÉMATOLOGIE - MICROBIOLOGIE - IMMUNOLOGIE - HORMONOLOGIE

Dr. Amal El Khafif Ramdani

Pharmacienne Biologiste
Diplômée de l'Université de Grenade-Espagne

دأمال الخفيف رمضانى

Laboratoire Autorisé N°: 26050

Patente : 31643475 - I.F. : 218530 - CNSS : 2064872 - ICE : 001540529000093

تاريخ إجراء
التحاليل غير قابل
للتغيير

FACTURE N° : 191001491

Casablanca le 24-10-2019

BB MDAGHRI FILALI Rayane

Date de l'examen : 24-10-2019

INPE
093003440

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
PS	Prélèvement	E10	E
	TCA	B40	B
0216	Numération formule	B80	B

Total des B : 120

Total dossier: 148.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :
cent quarante-huit dirhams

Laboratoire d'Analyses Médicales YAFA
Dr. EL KHAFFI Amal
Bd Mbarek Ben Boubker Hammadi N° 52 54
Hay Al Qods Sidi Bernoussi - Casablanca
Tél: 05.22.75.86.77 Fax: 05.22.76.84.39

Horaire continu : du Lundi au Vendredi : 7h30 — 17h00 / Samedi : 7h30 — 13h Prélèvement à domicile sur rendez-vous

Bd. Mbarek Ben Boubker Hammadi N° 52-54 Moubarka Hay Al Qods SIDI EL BERNOUSSI
Casablanca - Tél.: 05.22.75.86.77 / Fax : 05.22.76.84.39 - E-mail:laboyaifa@hotmail.com