

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 canaux, 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 canaux.

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 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W19-477481

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

12327

Société :

RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom :

MDAGHRI FILALI MOUNIR

Date de naissance :

08/08/1985

Adresse :

N°1 AL FIRDAUS 0485 A44 APPT 01
OULFA CASA

Tél. :

0661087775

Total des frais engagés :

2347

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

25 OCT. 2015

Date de consultation :

25/10/2015

Nom et prénom du malade :

MDAGHRI FILALI Rayane

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ 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 :

25/10/2015

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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
25/10/19	voir facture			<p>09/11/19</p> <p>Professeur A. REFFAS</p> <p>Chirurgie & Traumatologie - Orthopédie</p> <p>Pédiatrique</p> <p>237, Bd Zerkouni - Casablanca</p> <p>Tél.: 05 22 94 20 00</p>
23/10/19				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25/10/19	199,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. EL KHAFIF Amel	24/10/19	P. 148	148,00 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	25/10/19	voir facture				2000 DH

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

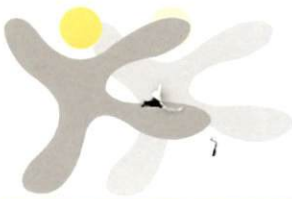
Important :

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 : <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"/>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				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



الاستاذ الدكتور عبد الواحد الرفاس

Professeur A. REFASS

Chirurgie
& Traumato-Orthopédie Pédiatriques

Casablanca, le 25 / 10 / 2019

ORDONNANCE

NOM & PRENOM : MDAGHAI 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 kg 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 PALMERIE
Mme Mendili Nezha
Rue Abdelkhalim 23 Mag 2
50, Bd Abderrahim Bouabid
Tél : 05 22 73 59 93



PPC : 30,00 DH
LOT : 3010842
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 PRESENTATION

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, antipyrétique

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Traitement symptomatique des douleurs d'ir

DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT

- Allergie connue au paracétamol.

- Insuffisance hépatocellulaire.

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

MISES EN GARDE SPECIALES ET PRECAUTIONS 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 MEDICAMENTEUSES 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 MEDICAMENTS, SIGNELEZ 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 MEDICAMENT ?

- 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.

PPV 17DH50

EXP 03/2022
LOT 84113 1



الذكور عبد الواحد الرفاس

Professeur A. REFASS

Chirurgie
& Traumato-Orthopédie Pédiatriques

Casablanca, le 23/10/2019

HDAGHRI FILALI Rayane

- NFS

- TC K

Laboratoire d'Analyses Médicales XAFB
Dr. EL KHAFIF Amal
Bd Mbarek Ben Boubker Hammadi N° 52 54
Hay Al Qods Sidi Bernoussi - Casablanca
Tél.: 05 22 94 20 00 / Fax: 05 22 76 84 39

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



مختبر يافا للتحاليل الطبية LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES YAF A

BIOCHIMIE-HEMATOLOGIE-MICROBIOLOGIE-IMMUNOLOGIE-HORMONOLOGIE

Dr. Amal El Khafif Ramdani

Pharmacienne Biologiste
Diplômée de l'Université de Granada-Espagne

د. أمال الخفيف رمضاني

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	1.10		(<1.30)

(Chronométrie CA600)

Laboratoire d'Analyses Médicales YAF
Dr. EL KHAFFI Amal
Bd Mbarek Ben Boukher Hammadi N° 52-54
Hay Al Qods Sidi Bernoussi-Casablanca
Tél: 05 22 75 86 77 Fax: 05 22 76 84 39
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 Boukher 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

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'anesthési **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. REFASS
Chirurgie & Traumatologie - Orthopédie
Pédiatrie
237, Bd Mohammed VI - Casablanca
Tél.: 05 22 94 26 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'agréer l'expression de ses sentiments distingués

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

Cachet et signature

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'agréer l'expression de ses sentiments distingués

Pr. LARAKI Mohamed
Professeur Agrégé
Anesthésiste - Réanimateur
Pr. SADRAOUI Abdelaziz
Anesthésiste - Réanimateur
Professeur Agrégé
CLINIQUE ATFAL

Cachet et signature

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**
PAYANT

Entrée 25/10/2019
Sortie 25/10/2019

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
-----------------------------	--------	------------	---------------	---------

BLOC OPERATOIRE	1,00	k30	700,00	700,00
			Sous-Total	700,00

Total Clinique 700,00

DR, REFASS ABDELOUAHE (chirurgien pédiat)	1,00	K30	1 000,00	1 000,00
PR. EQUIPE REANIMATEUR	1,00	k15	300,00	300,00
			Sous-Total	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
Tél: 0522 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 ferdaous gh 25 imm 44 apt 22 oulfa 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

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



مختبر يافا للتحاليل الطبية LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES Yafa

Dr Amal El Khafif Ramdani

Pharmacienne Biologiste
Diplômée de l'Université de Granada-Espagne

د. أمال الخفيف رمضان

Patente : 31643475 - I.F. : 218530 - CNSS : 2064872 - ICE : 00154052900Q093

تاريخ اجراء
التحاليل غير قابل
للتغير

FACTURE N° : 191001491

Casablanca le 24-10-2019

BB MDAGHRI FILALI Rayane

Date de l'examen : 24-10-2019

Récapitulatif des analyses

INPE
093003440

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 KHAFIF 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 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