

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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 Alial 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)



## Déclaration de Maladie

N° W19-519050

CF  
MD 24854

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 12327	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	MDAGHRI FILALI MOUNIR
Nom & Prénom : 02/09/1985			
Date de naissance : 02/09/1985			
Adresse : 105 AL FIRDAOUS 64 95 A 44 APP 98 OULFA CASABLANCA.			
Tél. : 0661087775		Total des frais engagés : Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : 			
Date de consultation : 01/02/2020			
Nom et prénom du malade : MDAGHRI FILALI RAYANE Age: 6			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Rache			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : MUPRAS			
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 :** L'ACCUEIL SIEGE RAM  
**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
01/02/2010	C.T.		Wood H.	INP : 0933317612 Dr. AIT LAHSINE Fatima PEDIATRE 53, Bd. Okba Ibn Nafi, 1er Etage Entrep. Maroc Telecom, Hay Mohammad Casablanca - Tel: 05 22 60 63 60

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 AO SOSCAZ Angele Boulmeh Imm N° 20 000 Casablanca Angle Boulmeh - 455 - 05 22 25 85 08 www.aosocaz.com a.socaz@casablanca.ma	01/02/2010	3300 + P.C. 1125	427,00

### AUXILIAIRES MEDICAUX

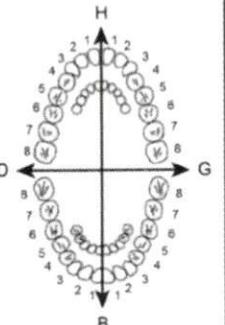
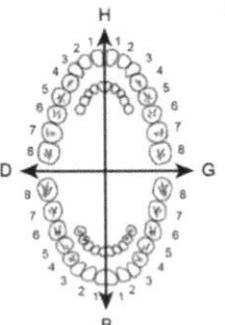
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A	M	P	C	

### 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.

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"/>
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
		H 25533412 21433552 D 00000000 00000000 G 00000000 00000000 B 35533411 11433553		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
		[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



مصحة أطفال

CLINIQUE ATFAL

01/02/2020

Nb MJAOURI REAINE Rayne

NF - P2, CRP

ELRU (Ex. duret + SRP)

Dr. AIT LAHSINE Fatima  
53, Bd. Abderrahim Bouabid 1er Etage  
En Face Maroc Telecom, Hay Mohammadi  
Casablanca - Tel: 05 22 60 63 60



مصحة أطفال

**CLINIQUE ATFAL**

03/02/2020

nh. MJAHRI FALALI

Dayane

1) Déléguée à la

37h

120 9 16h

g

2) Nurock

120 9 16h

g

3) MEBO

1app

x 37g

4) Tiorh à mme

150

31g

g

Dr. AIT LAHSINE Fatiha  
PEDIATRE

53, Bd. Ouba Ibn Nafi, 1er Etage  
En face Manac Telecom, Hay Mohammadi  
Casablanca - Tél: 05 22 60 63 60

Age : 7/8/2019

### Bon d'examen

Nom et Prénom : MDA GHRI FILALI RAYANE

N° de chambre : EXI Date : 11/21/2019

Médecin Traitant : DR. AIT LAHcen

### Examens demandés

MFS

CRP

ECG



Signé :

# LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES SOCRATE

Résidence Masurel Angle Rue Socrate et Bd Yacoub El Mansour IMM C N°4- CASABLANCA  
Tél : 0522 23 36 03. Fax : 0522 25 85 08 - PATENTE : 35804986 - CNSS : 6478417  
BP 19078021211 507790200 18 18. AGENCE YACOUB EL MANSOUR CASABLANCA  
IF 44409091 ICE 000114556000027

**Dr. Abdellatif LOUDGHIRI**

Pharmacien Biologiste

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Bactériologie-Biochimie-Hématologie

Mycologie - Parasitologie – Virologie

**FACTURE N° : 200000760**

CLINIQUE ATFAL

CASABLANCA le 01-02-2020

**Enfm Rayane MDAGHRI FILALI**

Demande N° 200201A028

Numéro de l'adhérent :

Numéro de prise en charge :

Date de l'examen : 01-02-2020

Analyses :

## Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
PS	Prélèvement sang	E25	E
	Examen cytobactériologique des urines	B120	B
0216	Numération formule	B80	B
0370	CRP	B100	B

Total des B : 300

TOTAL DOSSIER : 427.00DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : quatre cent vingt-sept dirhams



Code Patient : 200201A028  
*Date de l'examen* : 01-02-2020  
CLINIQUE ATFAL  
Saisie le 01-02-2020 20:25

**Enfm Rayane MDAGHRI FILALI**  
Réf : 200201A028  
Prescription : Dr FATIHA AIT LAHSINE  
CLINIQUE ATFAL

## HEMATOLOGIE

## HEMOGRAMME (Automate Sysmex XN-550)

## NUMERATION

Leucocytes :	11 630	/mm <sup>3</sup>	(6 600–15 600)
Hématies :	<b>4.63</b>	10 <sup>6</sup> /mm <sup>3</sup>	(3.65–4.45)
Hémoglobine :	11.70	g/100mL	(10.20–12.00)
Hématocrite :	33.7	%	(30.0–35.8)
VGM :	<b>73</b>	μ3	(78–86)
TCMH :	<b>25.3</b>	pg	(26.2–29.2)
CCMH :	34.7	%	(29.5–35.0)

## FORMULE LEUCOCYTAIRE

Polynucléaires Neutrophiles :	39.6	%	
Soit:	<b>4 605</b>	mm <sup>3</sup>	(1 100–4 100)
Polynucléaires Eosinophiles :	0.2	%	
Soit:	<b>23.3</b>	mm <sup>3</sup>	(50.0–850.0)
Polynucléaires Basophiles :	0.2	%	
Soit:	23.3	mm <sup>3</sup>	(0.0–200.0)
Lymphocytes :	49.4	%	
Soit:	<b>5 745.2</b>	mm <sup>3</sup>	(3 000.0–12 200.0)
Monocytes :	10.6	%	
Soit:	<b>1 232.8</b>	mm <sup>3</sup>	(370.0–1 170.0)
<b>Plaquettes :</b>	<b>195 000</b>	mm <sup>3</sup>	(240 000–550 000)

Dossier validé biologiquement par : Docteur Abdellatif LOUDGHIRI

# مختبر التحليلات الطبية سقراط

## laboratoire de biologie médicale Socrate

Page 1 sur 2

**200201A028 – Enfm Rayane MDAGHRI FILALI**  
**Date de l'examen : 01-02-2020**

### BIOCHIMIE SANGUINE

Protéine C-réactive (CRP) 2.7 mg/L (<5.0)

### BACTERIOLOGIE

#### EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES (CBU)

ASPECT:	clair
Albumine:	Négative
Sucre:	Négative
Acétone:	Négative
pH:	6 (7-8)
Cellules épithéliales :	Absence

#### EXAMEN CYTOLOGIQUE

Leucocytes :	<10 000 /ml	(0-10 000)
Hématies :	<1 000 / ml	(0-1 000)
Cylindres :	Absence	
cristaux:	Absence	
TRICHOMONAS	Absence	
Levure	Absence	
Examen direct :	NEGATIF	

#### EXAMEN BACTERIOLOGIQUE

Cultures sur milieu selectifs : Cultures stériles

Dossier validé biologiquement par : Docteur Abdellatif LOUDGHIRI



Dr. Abdellatif LOUDGHIRI  
Médical Biologist  
Socrate Laboratory  
Casablanca, Morocco  
Tél: 05 22 23 36 03 / 05 22 23 34 65 - Fax: 05 22 25 85 08  
Email: labo.socrate@menara.ma

Page 2 sur 2