

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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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° W19-587859

47906

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12579 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : ABULFAIDA MAJID ANINE

Date de naissance : 14/01/1988

Adresse : 41 casa green town, ville verte boukoura

Tél. : 0661669490 Total des frais engagés : Dhs.

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Amal BOUGHNAM
Pédiatre Allergologue
120, Bd. Moulay Youssef 1er

Date de consultation : 16 NOV. 2020

Nom et prénom du malade : ABULFAIDA MAJID ANINE

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : peu mon. fu?

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



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
16 NOV. 2021	LA	⊕	250 ²⁴	INP : 091036160 Dr. Amal BOUGHNAM Pédiatre Allergologue 120, Bd. Moulay Idriss 1er

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE ALYBIO Dr. Amal BOUGHNAM 120, Bd. Moulay Idriss 1er Tel : 05 22 86 01 90 Tel/Fax : 05 22 86 07 82	16/11/21	3330 25	467, 20

AUXILIAIRES MEDICAUX

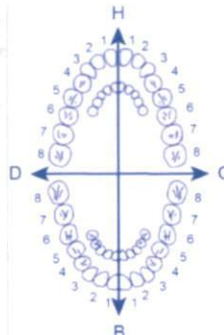
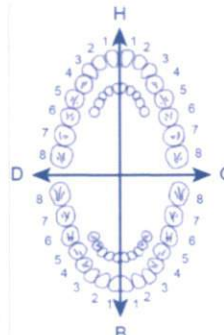
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 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																			
	<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 colspan="2">D</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> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
	(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

Dr. Amal Boughnama

Pédiatre - Allergologue
Homéopathe

الدكتورة أمل بوغنامة

اختصاصية في أمراض الطفل و الرضيع
أمراض الحساسية و الربو
الطب المثيل

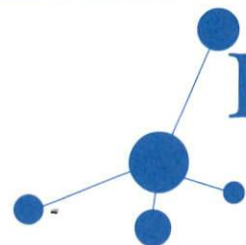
Casablanca, le 16 Novembre 2020

Nourrisson ABoulfaïda Majd

- NFS
- CRP
- ECBU (+/- ATBG)

LABORATOIRE POLYBIO
Dr. Amal TAOUAKALNA
120, Bd. My. Idriss 1er - Casablanca
Tél : 05 22 86 01 90
Tél/Fax : 05 22 86 07 84

الدكتورة أمل بوغنامة
Dr. Amal BOUGHNAMA
PÉDIATRE - ALLERGologue
120, Bd. My. Idriss 1er - Casa
Tél : 022.86.02.50



Polybio

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES مختبر التحليلات الطبية بوليبيو

Dr. Amal TAOUKALNA. PHARMACIEN BIOLOGISTE. Diplômée de l'Université René Descartes PARIS V
Diplôme d'Université Assurance de la Qualité en Biologie Médicale

Prélèvement du : 16/11/2020

Référence : 51116746



02C4582

Patient : **Enf. ABOULFAIDA MAJD**

Médecin: **Dr. BOUGHNAMA AMAL**

POLYBIO

EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES

- ASPECT: Clair
- COULEUR.....: Jaune
- CULOT.....: Faible

CHIMIE

- PH: 6.0
- ALBUMINE.....: Négatif
- GLUCOSE.....: Négatif
- SANG: Négatif

1-CYTOLOGIE:

- LEUCOCYTES: Rares
- Numération leucocytes.....: 4
- HEMATIES: Rares
- Numération hématies.....: 3
- Cellules épithéliales.....: Rares
- Cylindres.....: Absence
- Cristaux: Absence
- Trichomonas.....: Absence
- Levures.....: Absence

Elts/mm3 (0 à 10)

Elts/mm3 (0 à 10)

2-RECHERCHE DE GERMES BANALS ET LEVURES:

- Examen direct.....: Absence de germes
- Cultures: Négatives

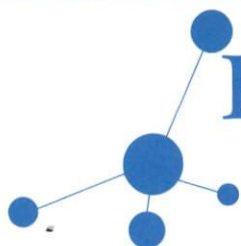
LABORATOIRE POLYBIO
Dr. Amal TAOUKALNA
120, Bd. My. Idriss, Casablanca
Tél : 05 22 86 01 90
Tél./Fax : 05 22 86 07 84

120, شارع مولاي إدريس الأول - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 86 01 90 / 05 22 86 07 84 - فاكس : 05 22 86 07 84 - بريد إلكتروني : 2359976 ص.و.ض.ج. 36350070 البتاتنا 247908 - س.ت. 82.01.24

120, bd Moulay Idriss 1^{er}, Quartier des hôpitaux, Casablanca - Tél. : 05 22 86 01 90 / 05 22 86 07 84 - Fax : 05 22 86 07 84

RC : 247908 - PATENTE : 36350070 - CNSS : 2359976 - T.V.A. : 82.01.24 - IF : 42023870 - ICE : 001613460000056

E-mail : amaltaouakalna@gmail.com



Polybio

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES

مختبر للتحاليل الطبية بوليبيو

Dr. Amal TAOUKALNA. PHARMACIEN BIOLOGISTE. Diplômée de l'Université René Descartes PARIS V

Diplôme d'Université Assurance de la Qualité en Biologie Médicale

Prélèvement du : 16/11/2020

Référence : 51116746



02C4582

Patient : **Enf. ABOULFAIDA MAJD**

Médecin: **Dr. BOUGHNAMA AMAL**

POLYBIO

HEMATOLOGIE

Analyses	Résultats	Normes	Antécédents
----------	-----------	--------	-------------

NUMERATION GLOBULAIRE

Globules rouges.....:	4.01	M/mm3	Enfant (4,0 - 5,4)
Hemoglobine.....:	10.4	g/100 ml	(12.5 - 14,5)
Hematocrite.....:	29.8	%	(37 - 45)
V.G.M.....:	74	u3	(77 - 91)
T.C.M.H.....:	26	pg	(24 - 30)
C.C.M.H.....:	34.9	%	(30 - 35)
Plaquettes.....:	305	Mille/mm3	(150.000 - 450.000)
Globules blancs.....:	11100	/mm3	(4.500 - 12.000)

FORMULE LEUCOCYTAIRE

Polynucléaires Neutrophiles :	41	%	(40-57)
soit.....:	4551	/mm3	(2500-6000)
Polynucléaires Eosinophiles :	1	%	(1-4)
soit.....:	111	/mm3	(100-500)
Polynucléaires Basophiles....:	0	%	(0-1)
soit.....:	0	/mm3	(0-100)
Lymphocytes.....:	49	%	(37-51)
soit.....:	5439	/mm3	(2000-6000)
Monocytes.....:	9	%	(2-8)
soit.....:	999	/mm3	(200-800)

IMMUNOLOGIE

Analyses	Résultats	Normes	Antécédents
----------	-----------	--------	-------------

Protéine C Réactive.....:	10.8	mg/l	(< 3)
---------------------------	------	------	---------

LABORATOIRE POLYBIO
Dr. Amal TAOUKALNA
120, Bd. My. Idriss 1^{er} - Casablanca
Tél : 05 22 86 01 90
Tél./Fax : 05 22 86 07 84

120, شارع مولاي إدريس الأول - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 86 01 90 / 05 22 86 07 84 - فاكس: 05 22 86 07 84 - س.ت 247908 البنانا 36350070 ص.و.ض.ج 2359976 ض.ق.م 82.01.24

120, bd Moulay Idriss 1^{er}, Quartier des hôpitaux, Casablanca - Tél. : 05 22 86 01 90 / 05 22 86 07 84 - Fax : 05 22 86 07 84

RC : 247908 - PATENTE : 36350070 - CNSS : 2359976 - T.V.A. : 82.01.24 - IF : 42023870 - ICE : 001613460000056

E-mail : amaltaouakalna@gmail.com

LABO. D'ANALYSES MEDICALES POLYBIO

TAOUAKALNA AMAL - Pharmacien Biologiste -

120 BD. MOULAY IDRIS 1ER CASABLANCA

QUARTIER DES HOPITAUX 1 ER ETAGE

RC: 247908 Patente: 36350070 CNSS: 2359975 I.F.: 42023870 ICE: 001613460000056 INPE:093000941

Facture 8411

CASABLANCA Le : 16/11/2020

Analyses effectuées le : 16/11/2020

Pour.....: **Enf. ABOULFAIDA MAJD**

Sur prescription du : Dr BOUGHNAMA AMAL

Code.....: 02C4582



Organisme.....: **POLYBIO**

Bilan:

NFS=B80 CRP=B100 CBU=B150

Total : B 330

Montant Net : 467.20 Dh

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

QUATRE CENT SOIXANTE SEPT Dhs 20 Cts

LABORATOIRE POLYBIO
Dr. Amal TAOUAKALNA
120, Bd. Moulay Idriss 1er - Casablanca
Tél : 05 22 86 01 90
Tél : 05 22 86 07 84