

## 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

- 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.

47906

<input type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <b>12579</b>		Société : <b>RAM</b>	
<input type="checkbox"/> Actif <input type="checkbox"/> Pensionné(e)		<input type="checkbox"/> Autre : <b>ABOULFAIDA ABD AIT NE</b>	
Nom & Prénom : <b>ABOULFAIDA ABD AIT NE</b>		Date de naissance : <b>16/01/1988</b>	
Adresse : <b>41 casa greenfoun, villeverte boukraa</b>		Tél. : <b>0661669490</b>	
		Total des frais engagés : <b>Dhs</b>	
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : <b>Dr. Amal BOUCHNAMI Pédiatre Allergologue 120, Bd. Moulay Idriss 1er</b>			
Date de consultation : <b>16 NOV. 2020</b>			
Nom et prénom du malade : <b>ABOULFAIDA ABD AIT NE</b>			
Lien de parenté : <b><input type="checkbox"/> Lui-même      <input type="checkbox"/> Conjoint      <input checked="" type="checkbox"/> Enfant</b>			
Nature de la maladie : <b>peau. mch. fu?</b>			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <b></b>			
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) : ..... 

## 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
16 NOV. 2021	12	6	250	INP INP : 091036160 Dr. Amal BOUGHNAWA Pédiatre Allergologue 120 Bd. Mouloud Idriss 1er

## EXECUTION DES ORDONNANCES

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES RADIOGRAPHIQUES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. Amal TAOUFIK 120, Bd. My. Idssine Tel : 03 65 22 86 07 82 S/F 24	16/11/18	3330	4671

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

#### VIOLET ADHERENT

## 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 : <input type="text"/>
				<input type="text"/>
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
	$  \begin{array}{c c}  25533412 & 21433552 \\  00000000 & 00000000 \\  \hline  00000000 & 00000000 \\  35533411 & 11433553  \end{array}  $			<input type="text"/>
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <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 بوغنام

اختصاصية في أمراض الطفل والرضيع  
أمراض الحساسية والربو  
الطب المثيل

16 Novembre 2020  
Casablanca, le .....

Nourrisson ABOULFAIDA Majd

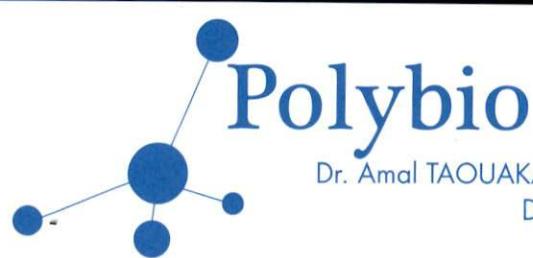
- NFS
- CRP
- ECBU (+/- ATBG)

*exclu*

**S**

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 بوغنام  
Dr. Amal BOUGHNAMA  
PEDIATRE ALLERGOLOGUE  
120, Bd. My. Idriss 1er - Casablanca  
Tel : 022.86.01.50



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**

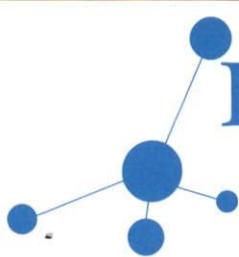
### 1-CYTOLOGIE:

- |                              |                |          |            |
|------------------------------|----------------|----------|------------|
| - LEUCOCYTES .....           | <b>Rares</b>   |          |            |
| - Numération leucocytes..... | <b>4</b>       | Elts/mm3 | ( 0 à 10 ) |
| - HEMATIES .....             | <b>Rares</b>   |          |            |
| - Numération hématies.....   | <b>3</b>       | Elts/mm3 | (0 à 10)   |
| - Cellules épithéliales..... | <b>Rares</b>   |          |            |
| - Cylindres.....             | <b>Absence</b> |          |            |
| - Cristaux .....             | <b>Absence</b> |          |            |
| - Trichomonas.....           | <b>Absence</b> |          |            |
| - Levures.....               | <b>Absence</b> |          |            |

### 2-RECHERCHE DE GERMES BANALS ET LEVURES:

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

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



Prélèvement du : 16/11/2020  
Référence : 51116746



02C4582

Patient : **Enf. ABOULFAIDA MAJD**

Médecin: Dr. BOUGHNAMA AMAL

POLYBIO

## HEMATOLOGIE

Analyses	Résultats	Normes	Antécédents
<b>NUMERATION GLOBULAIRE</b>			
Globules rouges.....	<b>4.01</b>	M/mm3	(4,0 - 5,4)
Hemoglobine.....	<b>10.4</b>	g/100 ml	(12,5 - 14,5)
Hematocrite .....	<b>29.8</b>	%	(37 - 45)
V.G.M .....	<b>74</b>	u3	(77 - 91)
T.C.M.H.....	<b>26</b>	pg	(24 - 30)
C.C.M.H.....	<b>34.9</b>	%	(30 - 35)
Plaquettes .....	<b>305</b>	Mille/mm3	(150.000 - 450.000)
Globules blancs.....	<b>11100</b>	/mm3	(4.500 - 12.000)
<b>FORMULE LEUCOCYTAIRE</b>			
Polynucléaires Neutrophiles : soit.....	<b>41</b> 4551	% /mm3	(40-57) (2500-6000)
Polynucléaires Eosinophiles : soit.....	<b>1</b> 111	% /mm3	(1-4) (100-500)
Polynucléaires Basophiles...: soit.....	<b>0</b> 0	% /mm3	(0-1) (0-100)
Lymphocytes..... soit.....	<b>49</b> 5439	% /mm3	(37-51) (2000-6000)
Monocytes .....	<b>9</b> 999	% /mm3	(2-8) (200-800)

## IMMUNOLOGIE

Analyses	Résultats	Normes	Antécédents
Protéine C Réactive .....	: 10.8 mg/1	(< 3)	

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

# LABO. D'ANALYSES MEDICALES POLYBIO

TAOUAKALNA AMAL - Pharmacien Biogiste -

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 préscription 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 TAOUKALNA  
120, Bd. M. Idriss 1er - Casablanca  
Tel: 03 62 86 01 90  
Fax: 03 62 22 85 07 84