

## 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.

N° W21-720248

W267N

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input checked="" type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <b>12290</b>	Société : <b>RAM</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<b>BIRECH mohammed Yamine</b>
Nom & Prénom : <b>BIRECH mohammed Yamine</b>			
Date de naissance : <b>28/09/1983</b>			
Adresse : <b>RES NEXT HOUSE VILLA 55 DAR BOUAZZA - CASA</b>			
Tél. : <b>0669 79 75 68</b> Total des frais engagés : <b>520,00</b> Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <b>Cucreciasis</b>			
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 : **CASA** Signature de l'adhérent(e) : **[Signature]**  
Le : **26/11/2021**

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
Laboratoire Dar Bouazza N° 23 Lot 9, Sahloul Dar Bouazza CASA PLANCA Tunis 10025 2104	03/04/2014					220 DH	



AKDITAL

Clinique Atfal  
مصحة أطفال

Casablanca, le 06/12/22

Birch Sany

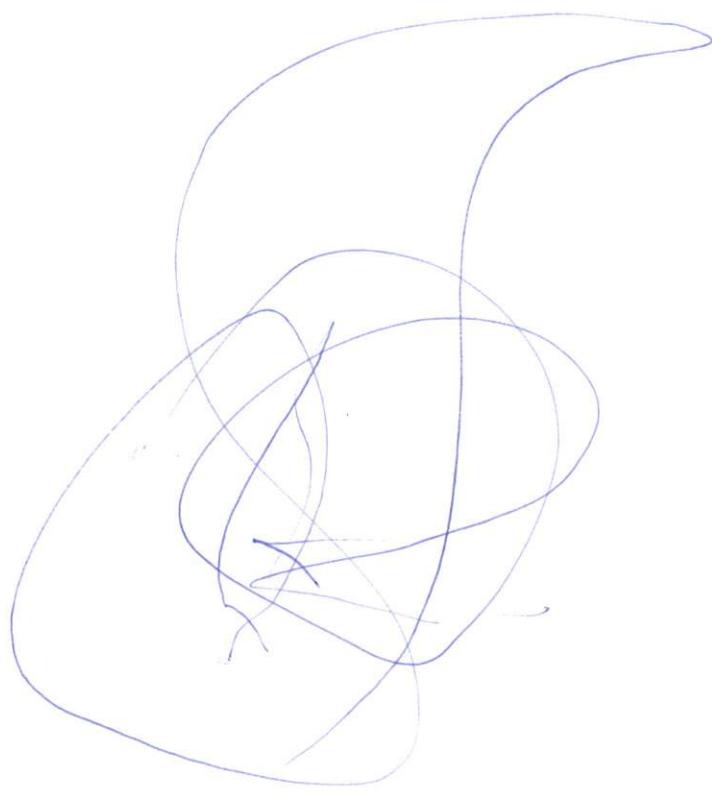
Circumcision

le 13/12/22 à 09H

Demain libera à birch

professeur Faysal LAZRAK  
Chirurgien Pédiatre  
Centre Commercial Nadia  
N° 1 Etage Appt N°3  
Casablanca

50, Bd. Abderrahim Bouabid, Oasis, Casablanca  
Tél. : 05 22 23 18 18 (8LG) / 05 22 23 50 73 - Fax : 0522 23 50 28  
E-mail : atfalclinique@gmail.com  
Site web : www.cliniqueatfal.ma



# CLINIQUE ATFAL



090003690

CASABLANCA Le : 06-12-2022

## Facture N° 22920/22

### A. Identification

N° Dossier : ATF22L06122342

N° Identifiant : 008643/21

**Nom & Prénom : bebe BIRECH SAMY**

C.I.N :

Adresse : CASA

Médecin traitant : DR . LAZRAK FAYSSAL

### C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE : Adresse :

### D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 06-12-2022

Date Sortie : 06-12-2022

Traitements :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
<b>PRESTATIONS</b>						
1	CONSULTATION		300,00			300,00
Total Rubrique :						
<b>PARTIE CLINIQUE :</b>						
<b>PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :</b>						
Arrêté la présente facture à la somme de :						
<b>TOTAL GENERAL</b>						<b>300,00</b>

TROIS CENTS DIRHAMS

Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :

signature de l'assuré

Facture

N° facture : 2022-5868

Ed : 09/12/2022 15:17:40

Pat : BIRECH Samy

Date : 09/12/2022

Analyses	Valeur en B	Montant
NUMERATION FORMULE SANGUINE	80	107,20
TEMPS DE CEPHALINE ACTIVATEUR	40	53,60
GROUPAGE SANGUIN ET RHESUS	60	80,40
<b>Total B</b>	180	241,20
<b>APB</b>	25,0	25,00
<b>Déplacement</b>		0,00
<b>Remise</b>		46,20
<b>Total</b>		220,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : Deux cent vingt dirhams\*\*\*

Laboratoire Dar Bouazza  
N° 23 Lot Sahel Dar Bouazza  
Casablanca



Casablanca, le 09/12/2022

Compte rendu d'analyses

Dossier N° : 091222-048 Pvt du: 09/12/2022 15:14

Nom : Enf BIRECH Samy

Page : 1/2

HEMATOLOGIE

Valeurs Usuelles

Antériorité

NUMERATION FORMULE SANGUINE

(Technique : Sysmex XS-1000i)

**ERYTHROCYTES** : **5,06** M/ $\mu$ l (3,6 - 5)

Hémoglobine : 12,10 g/dl (12 - 16)

Hématocrite : 35,10 % (36 - 44)

VGM : 69,40 fL (70 - 85)

TCMH : 23,90 pg (24 - 31)

CCMH : 34,47 g/dl (32 - 36)

**LEUCOCYTES** : 9 190 /mm<sup>3</sup> (4000 - 10000)

*FORMULE LEUCOCYTAIRE* :

Polynucléaires Neutrophiles : 26,10 % Soit 2399/mm<sup>3</sup> (1800 - 8000)

Polynucléaires Eosinophiles : 2,80 % Soit 257/mm<sup>3</sup> (Inférieur à 400)

Polynucléaires Basophiles : 0,40 % Soit 37/mm<sup>3</sup> (Inférieur à 200)

Lymphocytes : 61,20 % Soit 5624/mm<sup>3</sup> (1500 - 6500)

Monocytes : 9,50 % Soit 873/mm<sup>3</sup> (40 - 800)

**PLAQUETTES** : 225,00 10<sup>3</sup>/ $\mu$ l (150 - 400)

Laboratoire Dar Bouazza

Dr. BAHRI Leyla

CASABLANCA

Tel: 05 22 29 27 39

Enf BIRECH Samy

Dossier N° : 091222-048

Page : 2/2

## HEMOSTASE

Valeurs Usuelles

Antériorité

### TEMPS DE CEPHALINE ACTIVATEUR

(Technique : Chronométrique (Stago STart Max) )

TCA Patient : 25,00 sec  
Témoin +/- 5 sec

TCA Témoin : 30,00 sec

## IMMUNO- HEMATOLOGIE

Valeurs Usuelles

### GROUPAGE SANGUIN ET RHESUS

Groupe Sanguin : O  
Rhésus : POSITIF

Un groupage définitif nécessite une 2ème détermination

Nous vous remercions de votre confiance

Laboratoire Dar Bouazza

N° 23, Lot Sahel, Casablanca

Dr. BAHRI Leyla

CASABLANCA

Tel : 05 22 29 27 39

Fax : 05 22 96 57 60

📍 N 23, Lot Sahel, Dar Bouazza, Casablanca ☎ 05 22 29 27 39 / 06 62 68 49 19 Fax: 05 22 96 57 60

✉ laboratoiredarbouazza@gmail.com IF:20749662 - Pat. :32928202-ICE: 001899921000001