

# 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.
- Les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## 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.

Maladie

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06148888054 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : .....

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : .....

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) : .....

### 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------------------|
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |

### 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 |
|-----------------------------------------------------|------|------------------------------|------------------------|
|                                                     |      |                              |                        |
|                                                     |      |                              |                        |
|                                                     |      |                              |                        |

### AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
|                                  |                | A M    | P C | I M | I V |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |

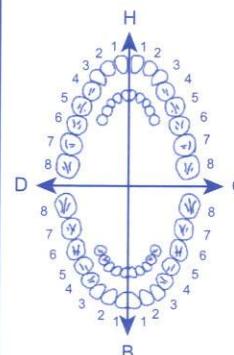
### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient |                         |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
|                 |                |                  |             | Coefficient DES TRAVAUX |
|                 |                |                  |             | MONTANTS DES SOINS      |
|                 |                |                  |             | DEBUT D'EXECUTION       |
|                 |                |                  |             | FIN D'EXECUTION         |
|                 |                |                  |             | Coefficient DES TRAVAUX |
|                 |                |                  |             | MONTANTS DES SOINS      |
|                 |                |                  |             | DATE DU DEVIS           |
|                 |                |                  |             | DATE DE L'EXECUTION     |

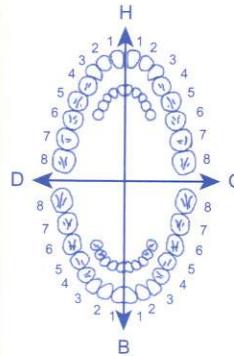


O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

|   |          |          |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433552 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| B | 00000000 | 00000000 |
| G | 35533411 | 11433553 |

**[Création, remont, adjonction]**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## SPECIALISTE

Maladies de la peau et du cuir chevelu  
Infections sexuellement transmissibles



# الدكتور خالد المنجوي

اختصاصي  
في أمراض الجلد والشعر  
الأمراض التناسلية

13 SEPT 2023

Casablanca, le

n° 86MLAU

الدار البيضاء. في

N° 244A

## ANALYSES BIOLOGIQUES

### Examen du sang :

- NFS / Pq
- CRP
- VS
- Procalcitonine
- Fer sérique
- Ferritine
- Glycémie à jeûn
- HbA 1C
- GPP
- Urée
- Créatinine
- Acide urique
- Cholésterol  HDL  LDL
- Triglycérides
- SGOT  GPT  GGT
- Bilirubine
- Phosphatase alcaline
- CPK
- LDH
- Aldolase
- Troponine
- Inogamme
- Calcium
- Mg<sup>+</sup> sérique
- Mg<sup>+</sup> Globulaire
- Phosphore

- TP  TCK
- Fibrinogène
- Vit D
- Cortisolémie 8h et 16h
- PSA
- CLA 30 Trophallergénés
- CLA 30 Pneumallergénés
- IgE Totaux
- ASLO
- Facteur Rhumatoïde
- Complément : C2 - C3 - C4 - CH50
- Anticorps anti - DNA natifs
- AC Antinucléaires
- VDRL - TPHA - quantitatifs
- Sérologie Syphilétique IgM
- Sérologie HVC
- AgHBS  ACHBC  ACHBS
- Sérologie HVA IgM
- HIV
- TSH  T3L  T4L
- ACTPO
- AC Thyréoglobuline
- AC Antitransglutaminase : IgA - IgG
- ECA

**LABOSOCRATE**  
مختبر التحاليل الطبية مختبر  
لaboratoire de biologie médicale Socrate  
rés. Moulay, Rue Socrate, 11m C N°4 - 20 000 Casablanca  
Tél. : 0522 23 31 03 / 0522 23 34 65 - Fax: 0522 25 55 08  
Email: labo.socrate@gmail.com

Dr. Khalid LAMNIAI  
Dermato-Venerologue  
Rue Sidi Abderrahmane  
Angle Bd. Sidi Abdellah Boutaleb, 2ème étage n° 7 Hay Hassani - Casablanca  
Téléphone : 0522 90 04 17  
Fax : 0522 90 04 17

### Examens d'Urines

- ECBU  ATB
- Protéinurie /24h
- Microalbuminurie /24h
- Compte d'addis

### Examens de selles

- Parasitologie  Coproculture

### Prélèvements Génitaux

- Vaginal  Urétral
- Chlamydiae  mycoplasme
- Antibiogramme
- FCV

### Examens Mycologiques

- ED - Culture
- Spermogramme
- Spérmoculture

### Autres

Angle Bd. Sidi Abdellah Boutaleb, 2ème étage n° 7 Hay Hassani - Casablanca  
زاوية شارع سيدى عبد الرحمن وشارع عبد الهادى بوطالب. الطابق الثاني رقم 7 الحسنى - الدار البيضاء

هاتف العيادة الثابت : 05 22 89 19 35 - تلفون : 05 22 90 04 17

Code Postal : 20.230 - E-mail : cabinet.drlam@gmail.com - GSM cabinet : 06 69 88 00 95

# LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES SOCRATE

85, Bd Yacoub El Mansour - CASABLANCA

Tél : 0522 23 36 03 - Fax : 0522 25 85 08 - PATENTE : 35807802 - CNSS : 6478417  
BP 19078021211 507790200 18 18. AGENCE YACOUB EL MANSOUR CASABLANCA  
IF 44409091

**Dr. Abdellatif LOUDGHIRI**

Pharmacien Biologiste

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Bactériologie-Biochimie-Hématologie

Mycologie - Parasitologie – Virologie

---

**FACTURE N° : 230003787**

Total des B : 1180

TOTAL DOSSIER : 1606.20DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : mille six cent six dirhams vingt centimes



# 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

INPE 0093001964



**Dr. Abdellatif LOUDGHIRI**

Pharmacien Biogiste

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Bactériologie–Biochimie–Hématologie

Mycologie - Parasitologie – Virologie

## FACTURE N° : 230003787

CASABLANCA le 14-09-2023

**Mme Nezha SEMLALI**

Demande N° 230914A004

Numéro de l'adhérent :

Numéro de prise en charge :

Date de l'examen : 14-09-2023

Analyses :

| Récapitulatif des analyses |                                                            |             |        |                         |
|----------------------------|------------------------------------------------------------|-------------|--------|-------------------------|
| CN                         | Analyse                                                    | Clé         | Clé    | Total                   |
| PS<br>0347                 | Prélèvement sang<br>Auto anticorps anti nucléaires 150 201 | E25<br>B150 | E<br>B | 25.00 MAD<br>201.00 MAD |
| 0147                       | Transaminases P (TGF)                                      | B50         | B      | 67.00 MAD               |
| 0146                       | Transaminases O (TGO)                                      | B50         | B      | 67.00 MAD               |
| 0106                       | Cholestérol total                                          | B30         | B      | 40.20 MAD               |
| 0111                       | Créatinine                                                 | B30         | B      | 40.20 MAD               |
| 0370                       | CRP                                                        | B100        | B      | 134.00 MAD              |
| 0118                       | Glycémie                                                   | B30         | B      | 40.20 MAD               |
| 0141                       | Gamma glutamyl transférase (GGT)                           | B50         | B      | 67.00 MAD               |
| 0119                       | Hémoglobine glycosylée                                     | B100        | B      | 134.00 MAD              |
| 0108                       | Cholestérol HDL                                            | B50         | B      | 67.00 MAD               |
| 0216                       | Numération formule                                         | B80         | B      | 107.20 MAD              |
| 0134                       | Triglycérides<br>Ac antiDNA natif                          | B60<br>B150 | B<br>B | 80.40 MAD<br>201.00 MAD |
|                            | Ferritine                                                  | B250        | B      | 335.00 MAD              |
|                            |                                                            |             |        | <b>Total</b>            |
|                            |                                                            |             |        | <b>1606.20 MAD</b>      |

Rés. Masurel, Rue Socrate, Imm C N°4 - 20 000 Casablanca  
Tél: 0522 23 36 03 / 0522 23 34 65 - Fax: 0522 25 85 08  
Email: labo.socrate@menara.ma



230914A004 – Mme Nezha SEMLALI  
Date de l'examen : 14-09-2023

### BIOCHIMIE SANGUINE

|                                                                   |                         |                            |            |      |
|-------------------------------------------------------------------|-------------------------|----------------------------|------------|------|
| <b>Créatinine jaffé</b><br>(Dosage cinétique)                     | 7.1 mg/L<br>62.8 µmol/L | (5.0-11.0)<br>(44.3-97.4)  | 05-06-2023 | 6.7  |
| <b>Glycémie à jeun</b><br>(Hexokinase G6PD-H)                     | 0.88 g/L<br>4.88 mmol/L | (0.83-1.10)<br>(4.61-6.11) | 22-06-2023 | 1.02 |
| <b>HbA1c</b><br>(G8 Tosoh)                                        | 5.3 %                   | (4.0-6.0)                  | 22-06-2023 | 5.7  |
| <b>Cholestérol total</b><br>(Dosage enzymatique)                  | 2.05 g/l<br>5.30 mmol/L | (<2.00)<br>(<5.17)         | 22-06-2023 | 2.16 |
| <b>Triglycérides</b><br>(Dosage enzymatique)                      | 0.60 g/L<br>0.60 mmol/L | (<1.50)<br>(<1.50)         | 22-06-2023 | 0.66 |
| <b>HDL-Cholestérol</b><br>(Dosage enzymatique)                    | 0.71 g/L<br>1.84 mmol/L | (>0.40)<br>(>1.03)         | 22-06-2023 | 0.72 |
| <b>LDL-Cholestérol</b><br>(calculé selon la formule de Friedwald) | 1.22 g/L<br>3.16 mmol/L | (<1.50)<br>(<3.88)         | 22-06-2023 | 1.31 |
| <b>Transaminases GOT (ASAT)</b><br>(Dosage enzymatique)           | 19 UI/L                 | (10-35)                    | 05-06-2023 | 18   |

05-06-2023

Dr. Abdellatif LOUDGHIRI

Rés. Masurel Rue Socrate Imm C N°4 - 20 000 Casablanca  
Tél.: 05 22 23 36 03 / 05 22 23 34 65 - Fax 05 22 25 85 00  
Email : labo.socrate@menara.ma

Page 2 sur 3

Code Patient : 150312A007  
Date de l'examen : 14-09-2023

Saisie le 14-09-2023 08:22

**Mme Nezha SEMLALI**  
Réf : 230914A004  
Prescription : Dr khalid lamniai

## HEMATOLOGIE

### HEMOGRAMME (Automate Sysmex XN-550)

#### NUMERATION

|               |               | 05-06-2023           |
|---------------|---------------|----------------------|
| Leucocytes :  | 6 300 /mm3    | (3 600–10 500) 5 980 |
| Hématies :    | 4.76 10^6/mm3 | (3.85–5.20) 4.55     |
| Hémoglobine : | 14.80 g/100mL | (11.80–15.80) 14.30  |
| Hématocrite : | 45.3 %        | (35.0–45.5) 43.3     |
| VGM :         | 95 μ3         | (80–101) 95          |
| TCMH :        | 31.1 pg       | (27.0–34.0) 31.4     |
| CCMH :        | 32.7 %        | (30.0–36.0) 33.0     |

#### FORMULE LEUCOCYTAIRE

|                               |              |                           |
|-------------------------------|--------------|---------------------------|
| Polynucléaires Neutrophiles : | 54.6 %       | 51.7                      |
| Soit:                         | 3 440 mm^3   | (1 500–7 700) 3 092       |
| Polynucléaires Eosinophiles : | 0.8 %        | 0.7                       |
| Soit:                         | 50.4 mm^3    | (20.0–500.0) 41.9         |
| Polynucléaires Basophiles :   | 0.6 %        | 0.5                       |
| Soit:                         | 37.8 mm^3    | (0.0–200.0) 29.9          |
| Lymphocytes :                 | 35.1 %       | 39.6                      |
| Soit:                         | 2 211.3 mm^3 | (1 200.0–6 000.0) 2 368.1 |
| Monocytes :                   | 8.9 %        | 7.5                       |
| Soit:                         | 560.7 mm^3   | (100.0–900.0) 448.5       |
| Plaquettes :                  | 195 000 mm^3 | (160 000–370 000) 204 000 |

  
**LABOSOCRATE**

Rés. Masurel, Angle Rue Socrate et Bd Yacoub El Mansour, Imm C N°4, 20 000 Casablanca  
Tél: 05 22 23 36 03 / 05 22 23 34 65 -Fax: 0522 25 85 08  
Email: labo.socrate@menara.ma



**LABO SOCRATE**

مختبر التحاليل الطبية سocrate  
laboratoire de biologie médicale Socrate

Dr Abdellatif LOUDGHIRI, Pharmacien Biogiste  
Ancien interne des Hôpitaux de Paris  
Diplômé de l'Université René Descartes Paris V

6

230914A004 – Mme Nezha SEMLALI  
Date de l'examen : 14-09-2023

Transaminases GPT (ALAT)  
(Dosage enzymatique)

5 UI/L (<<33)

05-06-2023

18

Ferritine  
(Dosage CMIA)

58.1 ng/mL (15.0–400.0)

05-06-2023

49.8

Protéine C-réactive (CRP)

0.5 mg/L (<5.0)

29-06-2020

0.4

## AUTO-IMMUNITE

Recherche d'Anticorps Anti-NUCLEAIRES: (1)

Résultat :  
(Orgentec Alegria)  
Seuil : < 80

Recherche négative

Recherche d'anticorps anti-DNA  
Natif : (1)  
(ELISA Gamme Aeskulisa)

Recherche négative

Titre :

5 UI/ml (0-20)

(1) Labo. exécutant : UNITE DE BIOLOGIE SPECIALISEE – ()

مختبر التحاليل الطبية سocrate  
laboratoire de biologie médicale Socrate

Dossier validé biologiquement par : Docteur Abdellatif LOUDGHIRI

Dr. Abdellatif LOUDGHIRI  
Pharmacien Biogiste  
Ancien interne des Hôpitaux de Paris  
Diplômé de l'Université René Descartes Paris V  
Tél 05 22 23 36 03 / 05 22 23 34 65 - Fax 05 22 25 85 08  
Email: labo.socrate@menara.ma - Patente 35807802

Page 3 sur 3

Bactériologie - Biochimie  
Hématologie - Mycologie  
Parasitologie - Virologie

Rés. Masurel, Angle Rue Socrate et Bd Yacoub El Mansour, Imm C N°4, 20 000 Casablanca  
Tél 05 22 23 36 03 / 05 22 23 34 65 - Fax 05 22 25 85 08  
Email : labo.socrate@menara.ma - Patente 35807802

**SPECIALISTE**

Maladies de la peau et du cuir chevelu  
Infections sexuellement transmissibles



Casablanca, le



**الدكتور خالد المنجوي**

اختصاصي  
في أمراض الجلد والشعر  
الأمراض التناسلية

**30/10/2023**

الدار البيضاء، في

**Mme SEMLALI NEZHA**

**TETRALYSAL 300 GELULE (AU MILIEU DE REPAS)**

1 GELULE 1 JOUR SUR 2 PENDANT 6 S.

TETRALYSAL 300 mg  
Boîte de 16 gélules  
AMM N°26 DMP/21/NCV  
P.P.V : 69,00 DH  
Distribué par SOTHEMA  
B.P.N°1, 27182 Bouskoura-Maroc



TETRALYSAL 300 mg  
Boîte de 16 gélules  
AMM N°26 DMP/21/NCV  
P.P.V : 69,00 DH  
Distribué par SOTHEMA  
B.P.N°1, 27182 Bouskoura-Maroc



**INEXIUM 20MG**

SYNTHEMEDIC  
22 rue zoubier brou al aouam roches  
noires casablanca  
INEXIUM  
20 mg  
Boîte 14  
64015 DMP/21/NRQ P.P.V: 82,10 DH  
6 118001 020591

SYNTHEMEDIC  
22 rue zoubier brou al aouam roches  
noires casablanca  
INEXIUM  
20 mg  
Boîte 14  
64015 DMP/21/NRQ P.P.V: 82,10 DH  
6 118001 020591



TETRALYSAL 300 mg  
Boîte de 16 gélules  
AMM N°26 DMP/21/NCV  
P.P.V : 69,00 DH  
Distribué par SOTHEMA  
B.P.N°1, 27182 Bouskoura-Maroc



6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800

6 118001 070800</p



Casablanca, le

**13/09/2023**

الدار البيضاء، في

**Mme SEMLALI NEZHA**

**VISAGE**

**CREME LAVANTE URIAGE**

LAVER ET RINCER

**TETRALYSAL 300 GELULE (AU MILIEU DE REPAS)**

1 GELULE PAR JOUR PENDANT 1 MOIS

TETRALYSAL 300 mg  
Boîte de 16 gélules  
AMM N°26 DMP/21/NCV  
P.P.V : 69,00 DH  
Distribué par SOTHEMA  
B.P N°1, 27182 Bouskoura-Maroc

6 118001 070800

TETRALYSAL 300 mg  
Boîte de 16 gélules  
AMM N°26 DMP/21/NCV  
P.P.V : 69,00 DH  
Distribué par SOTHEMA  
B.P N°1, 27182 Bouskoura-Maroc

6 118001 070800

**ERYFLUID SOLUTION (UNIQUEMENT SUR BOUTONS )**

MATIN ET SOIR

ERYFLUID 4%  
LOTION FL 100 ML  
PER. 02/2025  
P.P.V : 67DH20

6 118000 010630

**AVENE TOLERANCE CONTROL CREME**

LE SOIR

Dr. Khalid LAMNIAI  
Av. Dr. Abderrahmane Sidi Abdellah Boutaleb n°7  
Casablanca 20220  
Tél. 05 22 90 04 17  
Fax: 05 22 96 44 45  
Pr. Université Hassan II  
Faculté de Médecine et de Pharmacie  
Casablanca - Maroc

Dr. Khalid LAMNIAI  
Av. Dr. Abderrahmane Sidi Abdellah Boutaleb n°7  
Casablanca 20220  
Tél. 05 22 90 04 17

# Conditions Générales

## POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

|       |                                                                                                          |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| C     | = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien                                                       |
| CS    | = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre) |
| CNPSY | = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre                                                        |
| V     | = Visite de jour au domicile du malade par le médecin                                                    |
| VN    | = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin                                                    |
| VD    | = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade                                                |
| VD    | = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié                                       |
| PC    | = Acte de pratique médicale courant et de petite chirurgie                                               |
| k     | = Actes de chirurgie et de spécialistes                                                                  |

|     |                                                                  |
|-----|------------------------------------------------------------------|
| SF  | = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence |
| SFI | = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme                   |
| AMM | = Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute          |
| AMI | = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière                |
| AP  | = Actes pratiqués par un orthophoniste                           |
| AMY | = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste                      |
| R-Z | = Electro-Radiologie                                             |
| B   | = Analyses                                                       |

## POUR L'ADHERENT

La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.

Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.

Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord au de présenter ses observations.

Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

## LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

- L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE
- L'HOSPITALISATION EN HOPITAL
- L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU PREVENTORIUM
- SEJOUR EN MAISON DE REPOS
- LES ACTES EFFECTUÉS EN SERIE, il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances ou actes globeaux comportant un ou plusieurs échelons dans le temps .

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPÉDIE
- LA REEDUCATION
- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

## EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit prévenir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade



# MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

AEROPORT CASA ANFA  
CASABLANCA  
TEL : 05 22 91 26 46 / 2648 / 2857 / 2883  
FAX / 05 22 91 26 52  
TELEX : 3998 MUT  
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc

## FEUILLE DE SOINS

N° 824081

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : Jaslaoui NEZHA SEMALI  
 Matricule : 97 Fonction : Retraité Poste :  
 Adresse : "Dépendance Sociale" Rue EL NABL Gueliz Casablanca  
 Tél. : 06 14 22 8004 Signature Adhérent : [Signature]

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : SEMLALI NEZHA Age 11

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent  Conjoint  Enfant

Date de la première visite du médecin : 13.09.2023

Nature de la maladie : Affection Dermatologique

S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances

A Casablanca, le 13.09.2023 Signature et cachet du médecin  
Dr. Khalid BEN YOUSSEF  
El Bd Sidi Abderrahmane  
Casa Tel: 0522 90 04 17

Durée d'utilisation 3 mois

### VOLET ADHERENT

DECLARATION N° 824081

Matricule N° : \_\_\_\_\_  
 Nom du patient : \_\_\_\_\_  
 Date de dépôt : \_\_\_\_\_  
 Montant engagé \_\_\_\_\_  
 Nombre de pièces jointes : \_\_\_\_\_



## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et Signature du Medecin attestant le Paiement des Actes                                                                         |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 13.09.2023      | U                 | 9                     | 350 dh                          | <i>Dr. Khalid ID 04180570<br/>NADIA VENEROLAGE<br/>Casablanca Tél: 0522 90 04 11<br/>Abdelhadi Boulaish<br/>Méd. 141 0522 90 04 11</i> |
| 30.10.23        | S                 | 0                     | 350 dh                          |                                                                                                                                        |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date     | Montant de la Facture |
|----------------------------------------|----------|-----------------------|
| <i>VITA</i>                            | 13/09/23 | 205,20                |
| <i>VITA</i>                            | 30/10/23 | 371,20                |

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue | Date     | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|-----------------------------------------------------|----------|------------------------------|------------------------|
| <i>LABOSOC 2023</i>                                 | 14/09/23 | B1180 + P495                 | 1606,20 dh             |

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et Signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

## VOLET ADHERENT

Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES           | Dents Traitées                                                                           | Nature des Soins | Coefficient | COEFICIENT DES TRAVAUX |
|---------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-------------|------------------------|
|                           |                                                                                          |                  |             | <input type="text"/>   |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE                                                |                  |             | COEFICIENT DES TRAVAUX |
| H                         | 25533412                                                                                 | 21433552         |             |                        |
| D                         | 00000000                                                                                 | 00000000         |             |                        |
| D                         | 00000000                                                                                 | 00000000         |             |                        |
| B                         | 35533411                                                                                 | 11433553         |             |                        |
|                           | (Création, remont, adjonction)<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |                  |             | <input type="text"/>   |
|                           |                                                                                          |                  |             | <input type="text"/>   |
| MONTANT 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