

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.



Déclaration de Maladie

N° W19-538956

N° DI 34757

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00600 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : AFRAGUE AHMED

Date de naissance : 31-12-1947

Adresse : 8, Rue IBRAHIM SOUKRAÏ MAARIF CAS

Tél. : 07 07 1233 32 Total des frais engagés : 1343,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 17/07/2020

Nom et prénom du malade : Abdelmoumen Aiche Age :

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

Nature de la maladie :

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 : 09-57 Le : 23/07/2020

Signature de l'adhérent(e) :

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

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
17/07/2020	Examen de l'élève	28	509,00	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes N°: 091082551
	Dynamap 4 minutes		50,00	
			450,00	
			1000,00	

21/07/2020 US Certificate

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

Date _____

Montant de la Facture

17/07/22 6:40

21/07/22 102.6

[illegible]

Cachet et signature du
Laboratoire et du Radiologue

Date _____

Désignation des Coefficients

Montant
des Honoraires

14/04/2020/6Ko

201, 2014

400, Bd Braham
Rond

Tel: 0522/23 35 61

MAADIE

[illegible]

Cachet et signature
du Particien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

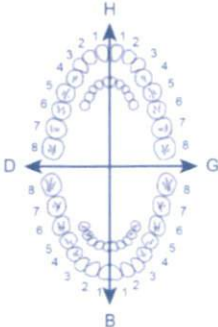
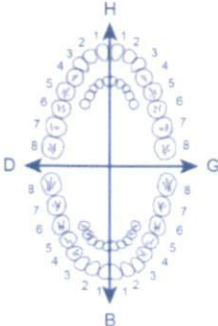
Montant détaillé
des Honoraires.

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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H											
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	B											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			G		00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>		
	G											
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	(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

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[illegible]

Coefficient

INP: | | | | | | | | | |

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

		H	
	25533412		21433552
	00000000		00000000
D	00000000		00000000
	35533411		11433553

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DOCTEUR RACHID LARAKI

ANCIEN RESIDENT DU COLLEGE DE MEDECINE
DES HOPITAUX DE PARIS

ANCIEN CHEF DE CLINIQUE A LA FACULTE
DE PARIS VI (PITIE-SALPETRIERE)

MEDECINE INTERNE

Dr Rachid LARAKI
Médicine Interne
400, Bd Brahim Roudani, Maarif - 20330 Casablanca
Tél : 05 22 98 16 69 - Fax : 05 22 98 14 07

Dr Aiche
Adel

40.40

Netespay

METEOSPASYL[®] 8 20 caps molles
Alvéine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg
P.P.V. : 40,40 DH
Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Elouri - Casablanca
6 118001 100293

1 gr 3 fil: 10 per

Pharmacie CHAABI
400, Bd Brahim Roudani, Maarif - 20330 Casablanca
Tél : 05 22 98 16 69 - Fax : 05 22 98 14 07

Dr Rachid LARAKI
Médicine Interne
400, Bd Brahim Roudani, Maarif - 20330 Casablanca
Tél : 05 22 98 16 69 - Fax : 05 22 98 14 07

DOCTEUR RACHID LARAKI

ANCIEN RESIDENT DU COLLEGE DE MEDECINE
DES HOPITAUX DE PARIS

ANCIEN CHEF DE CLINIQUE A LA FACULTE
DE PARIS VI (PITIE-SALPETRIERE)

MEDECINE INTERNE

الدكتور رشيد المراقبي

Dr Rachid LARAKI

Médecine Interne

400, Bd Brahim Roudani, Maarif - 20330 Casablanca

Tél : 05 22 98 16 69 - Fax : 05 22 98 14 07

12 Afrepe
Ade

102.00

OFIKEN 20



LOT	200327
EXP	01 22
PPV	102.00 DH

1 g 2 fil; 4 j.

صيدلية شهابية
Pharmacie CHAABI
Mme CHAABI K
Rue Nour-Eddine
Tél: 05 22 99 09 22

الدكتور رشيد المراقبي
Dr Rachid LARAKI
Médecine Interne
400, Bd Brahim Roudani, Maarif - 20330 Casablanca
Tél : 05 22 98 16 69 - Fax : 05 22 98 14 07

DOCTEUR RACHID LARAKI

Ancien Résident du Collège de Médecine des Hôpitaux de Paris
Ancien Chef de Clinique à la Faculté de Paris VI (Pitié-Salpêtrière)

MÉDECINE INTERNE

Note d'honoraires

Mme Abdelmoumen Aicha

Casablanca, le 17/07/2020

Acte	Montant
Consultation spécialisée en médecine interne	500,00 DH
Examen des urines bandelette Cybow 10	50,00 DH
Dynamap 4 membres	450,00 DH
Total	1 000,00 DH

Arrêtée la présente note d'honoraires à la somme de 1 000,00 DH
(Mille dirhams)

الدكتور رشيد العراقي

Dr Rachid LARAKI

Médecin Interne

400, Bd Brahim Roudani, Maarif - 20330 Casablanca
TEL : 05 22 98 16 69 - Fax : 05 22 98 14 07

400 Bd Brahim Roudani - Maarif - 20330 - Casablanca - Maroc

Tel : 05 22 98 16 69 - Fax : 05 22 98 14 07 - Email : rlaraki.interniste@gmail.com

IF: 40701909 - INPE: 091092551 - ICE: 001681227000058

DOCTEUR RACHID LARAKI

ANCIEN RESIDENT DU COLLEGE DE MEDECINE
DES HOPITAUX DE PARIS

ANCIEN CHEF DE CLINIQUE A LA FACULTE
DE PARIS VI (PITIE-SALPETRIERE)

MEDECINE INTERNE

77/07/2020

R. Adrien

Adh

EGU



الدكتور راجد المراكبي
Dr Rachid LARAKI
Médecine Interne
400, Bd Brahim Roudani, Maarif - 20330 Casablanca
Tél : 05 22 98 16 69

DOCTEUR RACHID LARAKI
MÉDECINE INTERNE

400 Bd Brahim Roudani -Maarif – 20330 – Casablanca- Maroc
Tél : 05 22 98 16 69 - Fax : 05 22 98 14 07 – Email :rlaraki.interniste@gmail.com

M. Mme

Casablanca le

ABdelmoumen Aïcha
17.07.2020

**EXAMEN DES URINES
A LA BANDELETTE**

UROBILINOGENE : ✓

GLUCOSE : ✓

BILIRUBINE : ✓

CETONES : ✓

DENSITE : 1.020

SANG : T

PH : 6

PROTEINES : N

NITRITE : T

LEUCOCYTES : ✓

CONCLUSION :

الطبيب
Dr Rachid LARAKI
Médecine Interne
Tél : 05 22 98 16 69 - Fax : 05 22 98 14 07 - Email : rlaraki.interniste@gmail.com

Indication :

DYNAMAP

	SYSTOLIQUE PAS	MOYENNE PAM	DIASTOLIQUE PAD	PULSEE PP	POULS
Bras Droit	145	101	82		78
Bras Gauche	145	105	84		78
2 mn					
Ruffier-Dickson TO					
Ruffier-Dickson T1					
Jambe droite	135	98	69		71
Jambe gauche	143	100	80		74
IPS	Jambe droite : 20,9 Jambe gauche : 1				
Debout 1 mn	144	108	85		80
Debout 3 mn					

CONCLUSION :

PA limite

Ame LHTO

Mu d'AOMI

Dr. Rachid LARAKI
MÉDECINE INTERNE

Ruffier- Dickson : Test d'Effort – IPS : Index de Pression Systolique
AOMI : Artériopathie Oblitérante des Membres Inférieurs – HTO : Hypotension
Orthostatique

CABINET DE MÉDECINE INTERNE

Docteur Rachid LARAKI

☐ ELECTROCARDIOGRAMME

☐ EPREUVES FONCTIONNELLES
RESPIRATOIRES

☐ CAPILLAROSCOPIE

☒ DYNAMAP *Chamber*

400 Bd Brahim Roudani – Mâarif – 20330 Casablanca – Maroc

Tél. : + 212 5 22 98 16 69 - Fax : + 212 5 22 98 14 07

Email : rlaraki.interniste@gmail.com



Laboratoire Certifié ISO 9001 du 06/04/15

Dr. Abderrazzak ZIZI
Pharmacien Biologiste
Diplômé de la Faculté de Pharmacie de Reims



Casablanca le : 20-07-2020

Mme AFRAGUE Aicha

Code : 17120748

Référence : A20070566

Du : 17-07-2020

Prescripteur : Dr LARAKI RACHID

BACTERIOLOGIE

Normes

Antériorités

EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES

Examen macroscopique

Aspect :

Trouble

Examen biochimique:

Albumine:

Traces /

Sucre:

-

Corps cétoniques:

-

Nitrites:

-

Sang:

Traces /

pH:

6.0

(5.0-7.0)

Examen cytologique

Leucocytes :

664 /mm3

(<10)

Hématies :

6 /mm3

(<5)

Cellules épithéliales :

Rares

Cylindres :

Absence

Cristaux :

Absence

Levures :

Absence

Examen bactériologique

Examen direct - Coloration Gram :

Identification de bacilles gram -

Culture sur milieux usuels :

Positive

Numération des germes :

> 10⁵ UFC/ml

Isolement et identification de

Enterobacter





Casablanca le : 20-07-2020

Mme AFRAGUE Aicha

Code : 17120748

Référence : A20070566

Normes

Antériorités

ANTIBIOGRAMMES

Germe testé : *Enterobacter*

Origine du prélèvement : URINE

PENICILLINES

Ampicilline	Résistant	Opticine, Ampicilline
Amoxicilline + acide clavulanique	Résistant	Augmentin, Clavulin
Mecillinam		Selexid

CEPHALOSPORINES

Céfaloine	Résistant	Kéflin(inj), Céfaloine(inj)
Céfotaxime	Sensible	Claforan(inj), Cetaxon(inj), Kefotax (inj)
Céftazidime	Sensible	Fortum(inj), Zidime (inj)
Ceftriaxone	Sensible	Rocephine (inj), Triaxon(inj), Cefotrim(inj)
Cefixime	Sensible	Oroken, Ofiken

CARBAPENEMES

Imipénème	Sensible	Tienam (perf)
-----------	----------	---------------

AMINOSIDES

Amikacine	Sensible	Amikacine (inj)
Gentamicine	Sensible	Gentamen (inj), Gentalline (inj), Genta (inj)
Netilmicine	Sensible	Netromicine (inj)

QUINOLONES

Ciprofloxacine	Résistant	Sepecen, Ciproxine, Flocip, Megaflox
----------------	-----------	--------------------------------------

OXYQUINOLEINES

Nitroxoline	Sensible	Nabyol Forte
-------------	----------	--------------

SULFAMIDES

Triméthoprim sulfaméthoxazole	Résistant	Bactrim, Sulfaprim, Trimox
-------------------------------	-----------	----------------------------

POLYPEPTIDES

Colistine	Sensible	Colimycine
-----------	----------	------------

*inj : injectable (IM/IV) ; perf : perfusion



مختبر التحاليل الطبية المعاريف

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES MAARIF



Laboratoire Certifié ISO 9001 du 06/04/15

Dr. Abderrazzak ZIZI

Pharmacien Biologiste

Diplômé de la Faculté de Pharmacie de Reims



Casablanca le 17-07-2020

Mme AFRAGUE Aicha

FACTURE N° A20070566

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
	Examen cytot bactériologique des urines	B150	B

Total des B : 150

TOTAL DOSSIER : 201.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :
deux cent un dirhams

