

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

iologie 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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

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

3560

Déclaration de Maladie : N° P19- 0022776

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **13160**

Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **ASSAD ABDELLAH**

Date de naissance : **01/03/77**

Adresse :

Tél. : 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 : **Consultation pour Circuncision**

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 : **04/08/2020**

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
3/6/2010			0	Professeur A. REFFAS Chirurgie & Traumatologie - Orthopédie Pédiatrique 237, Bd Zekkouri Casablanca Tél: 05 22 94 20 00
5/6/2010			0	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien et du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Bis Bd. Jemmapes - 75011 Paris	05/06/2010	197,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

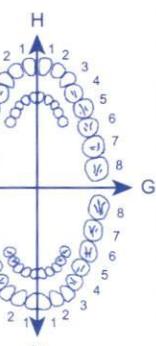
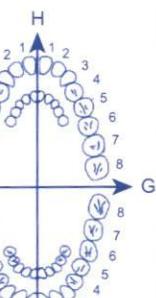
AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

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 canalaires, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX												
				MONTANTS DES SOINS												
				DEBUT D'EXECUTION												
				FIN D'EXECUTION												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	11433553	G	35533411		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	11433553														
G	35533411															
				MONTANTS DES SOINS												
				DATE DU DEVIS												
				DATE DE L'EXECUTION												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



الدكتور عبد الوهاب الرفاس

Professeur A. REFASS

Chirurgie

& Traumato-Orthopédie Pédiatriques

Casablanca, le 05/06/2020

ORDONNANCE

ASAD SOULAYMANE
S.P.

1% *Bactospray.*

3 à 4 pulvérisations / jour pendant 5 jours.

2% *Vaseline blanche tube.*

3 à 4 applications / jour pendant 5 jours.

3% *Parantal sirup.*

1 dose 8...kg x 4 / jour pendant 2 jours.

4% *Eosine aqueuse 2%.*

3 pulvérisations / jour pendant 5 jours.

Signé : Pr. A. REFASS

~~Professeur A. REFASS~~
~~Chirurgie & Traumato-Orthopédie~~
~~Pédiatrique~~
237, Bd Zerkouni - Casablanca
Tél.: 05.22.94.20.00

AMRANI M'Hamed
Pharmacie SAAD
44, Bd Abderrahim Bouabid
(Ex. Jerrada) - Oasis - CASA
Tél : 05.22.25.34.85



مصحة أطفال
CLINIQUE ATFA

2020. 06. 03.

Né le 3-01-2020

ASHD

115

TCK

Rés. : **NAIMANE**
Tél. : **03/01/2020**
Naissance : **03/01/2020**
PAYANT

DR. REFASS ABDELOUAHED

Professeur A. REFFASS
Chirurgie & Traumatologie Orthopédie
Pédiatrique
237, Bd Zekkouni Casablanca
Tél : 0524.94.20.00

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 INP 0093001964

Dr. Abdellatif LOUDGHIRI

Pharmacien Biogiste

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Bactériologie-Biochimie-Hématologie

Mycologie - Parasitologie – Virologie

FACTURE N° : 200002714 CLINIQUE ATFAL

CASABLANCA le 03-06-2020

BB Soulaimane ASAD

Demande N° 200603A024

Numéro de l'adhérent :

Numéro de prise en charge :

Date de l'examen : 03-06-2020

Analyses :

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
PS	Prélèvement sang		
0216	Numération formule	E25	E
0239	Temps de céphaline: TCK	B80	B
		B40	B

Total des B : 120

TOTAL DOSSIER : 185.80DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : cent quatre-vingt-cinq dirhams
quatre-vingts centimes

LABO SOCRATE
Rés. Masurel, Rue Socrate, Imm C N°4 - 20000 Casablanca
Tél.: 0522 23 36 03 / 0522 23 34 65 - Fax: 0522 25 05 08
Email : labo.socrate@menara.ma

Code Patient : 200603A024
Date de l'examen : 03-06-2020
 CLINIQUE ATFAL
 Saisie le 03-06-2020 11:20

BB Soulaimane ASAD
 Réf : 200603A024
 Prescription : REFASS
 CLINIQUE ATFAL

HEMATOLOGIE

HEMOGRAMME (Automate Sysmex XN-550)

NUMERATION

Leucocytes :	10 520	/mm ³	(6 600–15 600)
Hématies :	4.47	10 ¹² /mm ³	(3.65–4.45)
Hémoglobine :	11.40	g/100mL	(10.20–12.00)
Hématocrite :	31.7	%	(30.0–35.8)
VGM :	71	μ3	(78–86)
TCMH :	25.5	pg	(26.2–29.2)
CCMH :	36.0	%	(29.5–35.0)

FORMULE LEUCOCYTAIRE

Polynucléaires Neutrophiles :	19.4	%	
Soit:	2 041	mm ³	(1 100–4 100)
Polynucléaires Eosinophiles :	4.3	%	
Soit:	452.4	mm ³	(50.0–850.0)
Polynucléaires Basophiles :	0.4	%	
Soit:	42.1	mm ³	(0.0–200.0)
Lymphocytes :	71.3	%	
Soit:	7 500.8	mm ³	(3 000.0–12 200.0)
Monocytes :	4.6	%	
Soit:	483.9	mm ³	(370.0–1 170.0)
Plaquettes :	328 000	mm ³	(240 000–550 000)



Code Patient : 200603A024
Date de l'examen : 03-06-2020
CLINIQUE ATFAL
Saisie le 03-06-2020 11:20

BB Soulaimane ASAD
Réf : 200603A024
Prescription : REFASS
CLINIQUE ATFAL

HEMATOLOGIE

HEMOGRAMME (Automate Sysmex XN-550)

NUMERATION

Leucocytes :	10 520	/mm ³	(6 600–15 600)
Hématies :	4.47	10 ¹² /mm ³	(3.65–4.45)
Hémoglobine :	11.40	g/100mL	(10.20–12.00)
Hématocrite :	31.7	%	(30.0–35.8)
VGM :	71	μ3	(78–86)
TCMH :	25.5	pg	(26.2–29.2)
CCMH :	36.0	%	(29.5–35.0)

FORMULE LEUCOCYTAIRE

Polynucléaires Neutrophiles :	19.4	%	
Soit:	2 041	mm ³	(1 100–4 100)
Polynucléaires Eosinophiles :	4.3	%	
Soit:	452.4	mm ³	(50.0–850.0)
Polynucléaires Basophiles :	0.4	%	
Soit:	42.1	mm ³	(0.0–200.0)
Lymphocytes :	71.3	%	
Soit:	7 500.8	mm ³	(3 000.0–12 200.0)
Monocytes :	4.6	%	
Soit:	483.9	mm ³	(370.0–1 170.0)
Plaquettes :	328 000	mm ³	(240 000–550 000)



LABO Socrate

مختبر التحاليلات الطبية سocrate
laboratoire de biologie médicale Socrate

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

200603A024 – BB Soulaimane ASAD
Date de l'examen : 03-06-2020

HEMOSTASE

TEMPS DE CEPHALINE KAOLIN

TCK Temps patient (Technique chrométrique sur STA Satellite(STAGO))	33.5 sec.	(27.0-37.0)
TCK Temps témoin	31.0 sec.	
TCK Ratio patient/témoin	1.08	(<1.20)

Dossier validé biologiquement par : Docteur Abdellatif LOUDGHIRI

مختبر التحاليلات الطبية سocrate
laboratoire de biologie médicale Socrate

Abdellatif LOUDGHIRI
Rés. Masurel, Angle Rue Socrate et Bd Yacoub El Mansour, Imm C N°4, 20 000 Casablanca
Tél: 0522 23 36 03 / 0522 23 34 65 - Fax: 0522 25 65 08
Email: labo.socrate@menara.ma - Patente 35807802

Page 2 sur 2