

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Prothèse 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

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.

AS : 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



Se faire verser
à l'adhérent

37 219

Déclaration de Maladie : N° P19- 0010914

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 125 25 Société : RAN
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : SENHATI SALIM Date de naissance : 11/08/1986
 Adresse : CASABLANCA
 Tél. : 06 67 82 75 80 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 08/06/2020
 Nom et prénom du malade : SENHATI SALIM Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Teffat due aux...
 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) :

RECEVU

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 08/06/2010 | G2 | | 300,00 | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
| Pharmacie Les STADES 2010 R.C.: 245509 - Pré: 35873087 L.F.: 40436642 | 08/06/2010 | 43610 |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------------|------------------------------|------------------------|
| Laboratoire d'Analyses ICALES EL MANZAH R.C.: 245509 - Pré: 35873087 L.F.: 40436642 | 08/06/2010 | | 200,00 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'O

| 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"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> | | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | H | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | G | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | 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'EX

Docteur Amine TAOUFIK

Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue

Chirurgien de la main

Chirurgien de Sport et Chirurgie Prothétique

Diplôme d'Échographie Ostéo Articulaire et Musculaire

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris VI

Ancien Résident à l'Institut Français de Chirurgie de la main

Ancien interne des Hôpitaux de Paris

الدكتور أمين توفيق

اختصاصي في جراحة العظام و المفاصل

جراحة اليد و جراحة الرياضيين

تعويض المفاصل

دبلوم الموجات فوق الصوتية للعظام والمفاصل والعضلات

خريج كلية الطب بباريس

طبيب سابق بالمعهد الفرنسي لجراحة اليد بباريس

طبيب سابق بمستشفيات باريس

Casablanca, le 08/04/2020 في الدار البيضاء

Arcoxia 90 mg

14 comprimés

P.P.V.: 268,00 DH

Distribué par MSD Maroc

AMM 453/160MP/21/NTD



6 118001 160051

HARMACIE DES STADES 2010
50, Rue Al Foulal - Casablanca
Tel.: 05 22 25 49 25
R.C.: 245509 - Pte.: 35873067
I.F.: 40436642

RELAXOL 500MG/2MG
CP B20

P.P.V.: 53DH10



6 118000 060833

LOT: 19EC001
PER: 06 2022

Docteur Amine TAOUFIK
Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue
Chirurgien de la main
Chirurgien de Sport et Chirurgie Prothétique
Diplôme d'Échographie Ostéo Articulaire et Musculaire
Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris VI
Ancien Résident à l'Institut Français de Chirurgie de la main
Ancien interne des Hôpitaux de Paris

زاوية شارع عبد المومن و شارع أنوال رقم 1 إقامة عبد المومن (أديداس) الطابق الأول رقم الشقة 110

Angle Bd, Abdelmoumen - Bd, Anoual N°1 Résidence Abdelmoumen Centre (ADIDAS), 1^{er} étage App't n°110

Tél.: 0522 864 777 - GSM : 0661 864 844 - الهاتف : E-mail: aminetaoufikortho@hotmail.fr البريد الإلكتروني

French Chant

Cherill Good

Docteur Amine TAOUFIK

Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue

Chirurgien de la main

Chirurgien de Sport et Chirurgie Prothétique

Diplôme d'Échographie Ostéo Articulaire et Musculaire

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris VI

Ancien Résident à l'Institut Français de Chirurgie de la main

Ancien interne des Hôpitaux de Paris

الدكتور أمين توفيق

اختصاصي في جراحة العظام و المفاصل

جراحة اليد و جراحة الرياضيين

تعويض المفاصل

دبلوم الموجات فوق الصوتية للعظام والمفاصل والعضلات

خريج كلية الطب بباريس

طبيب سابق بالمعهد الفرنسي لجراحة اليد بباريس

طبيب سابق بمستشفيات باريس

Casablanca, le 08/6/2024 الدار البيضاء

M. SEVATI Sadek

François Boudier

LABORATOIRE D'ANALYSES
ICALES EL MANZAH
Route d'El Jadida
Casablanca
Tél : 022 23 35 58

VS

VS

Seide urique

Docteur Amine TAOUFIK
Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue
Angle Bd Abdelmoumen et Abdelmoumen Centre
Abdelmoumen Centre

زاوية شارع عبد المومن و شارع أنوال رقم 1 إقامة عبد المومن (أديداس) الطابق الأول رقم الشقة 110

Angle Bd, Abdelmoumen - Bd, Anoual n°1 Résidence Abdelmoumen Centre (ADIDAS), 1^{er} étage Appt n°110

Tél.: 0522 864 777 - GSM : 0661 864 844 - الهاتف : E-mail: aminetaoufikortho@hotmail.fr. البريد الإلكتروني :

LABORATOIRE EL MANZAH D'ANALYSES MÉDICALES

Dr. Mostafa MANZAH

Pharmacien Biologiste

- DES : Biochimie - Bactériologie - Virologie

Hématologie - Immunologie - Parasitologie

- Lauréat de la faculté de Nantes (FRANCE)

- Ancien interne du C.H.U. de Nantes (FRANCE)

**مختبر المنزه للتحاليل الطبية**

الدكتور مصطفى المنزه

صيدلي بيولوجي

إختصاصي في التحاليل الطبية

داخلي سابقا بالمركز الصحي والجامعي بنانت (فرنسا)

خريج كلية الصيدلة بنانت (فرنسا)

Dossier ouvert le : 26/06/20

Prélèvement effectué à 09:37

Edition du : 26/06/20

Monsieur SENHAJI SALIM

Docteur TAOUIK AMINE

Réf. : 20F184

Compte Rendu d'Analyses

HEMATOLOGIE**NUMERATION FORMULE SANGUINE**

Normales

GLOBULES ROUGES

| | | | |
|-------------|------|-------------------|------------|
| Hématies | 5,44 | M/mm ³ | 4,5 - 5,55 |
| Hémoglobine | 16,1 | g/100 ml | 14 - 17 |
| Hématocrite | 46,4 | % | 40 - 50 |
| V.G.M | 85 | μ3 | 80 - 95 |
| T.C.M.H | 29,6 | pg | 28 - 32 |
| C.C.M.H | 34,7 | g/100 ml | 32 - 36 |

GLOBULES BLANCSNumération des leucocytes : 5 800 /mm³ 4000 - 10000**Formule leucocytaire**

| | | | |
|-----------------------------|-------|------------------|-------------|
| Polynucléaires Neutrophiles | 60 | % | |
| Soit : | 3 480 | /mm ³ | 2000 - 7500 |
| Polynucléaires Eosinophiles | 1 | % | |
| Soit : | 58 | /mm ³ | 40 - 300 |
| Polynucléaires Basophiles | 0 | % | |
| Soit : | 0 | /mm ³ | < 100 |
| Lymphocytes | 36 | % | |
| Soit : | 2 088 | /mm ³ | 1500 - 4000 |
| Monoocytes | 3 | % | |
| Soit : | 174 | /mm ³ | 40 - 800 |

PLAQUETTES : 267 000 /mm³

LABORATOIRE D'ANALYSE
EL MANZAH
Casablanca
Tél : 05.22.23.53.28
Fax : 05.22.23.35.58

LABORATOIRE EL MANZHAN D'ANALYSES MÉDICALES

Dr. Mostafa MANZAH

Pharmacien Biologiste

- DES : Biochimie - Bactériologie - Virologie

Hematologie - Immunologie - Parasitologie

- Lauréat de la faculté de Nantes (FRANCE)

- Ancien interne du C.H.U. de Nantes (FRANCE)



مختبر المنزه للتحاليل الطبية

الدكتور مصطفى المنزه

صندلی بیولوجی

اختصاصي في التحليلات الطبية

اخلا: سابقا بالمركز الصحي و الجامعي بنانت (فرنسا)

خريج كلية الصيدلة بنانت (فرنسا)

Dossier ouvert le : 26/06/20

Prélèvement effectué à 09:37

Edition du : 26/06/20

Monsieur SENHAJI SALIM

Docteur TAOUFIK AMINE

Ref. : 20F184

Compte Rendu d'Analyses

VITESSE DE SEDIMENTATION

1 ère heure 3 mm

3 mm

Normales

 ≤ 10 2^{me} heure 8 mm

8 1000

<20

BIOCHIMIE

| | | |
|-------------------------------|-----|--------|
| Acide urique ----- : | 50 | mg/l |
| (Uricase - Peroxidase) Soit : | 300 | μmol/l |

50 mg/l

35-72

208 - 428

(Uricase - Peroxidase)

Soit :

300 $\mu\text{mol/l}$

LABORATOIRE D'ANALYSES
CHIMICOES EL MANZAH
Route d'El Jadida
Casablanca

LABORATOIRE EL MANZAH D'ANALYSES MEDICALES

115, ROUTE D'EL JADIDA, CASABLANCA

TEL : 0522 23 53 28 / 0522 23 83 46

FAX : 0522 23 35 58 / ICE:000449340000095 / IF:42404900

Note d'honoraires

Casablanca le 26 juin 2020

Monsieur SENHAJI SALIM

| | |
|------------|-----|
| FACTURE N° | 940 |
|------------|-----|

Analyses :

| | | | |
|-----------------------------------|---|----|---------------|
| Numération formule sanguine ----- | B | 80 | Total : B 140 |
| Vitesse de sédimentation ----- | B | 30 | |
| Acide urique ----- | B | 30 | |

Prélèvements :

| | | |
|-----------|----|-----|
| Sang----- | Pc | 1.5 |
|-----------|----|-----|

| | |
|---------------|-----------|
| TOTAL DOSSIER | 200,00 DH |
|---------------|-----------|

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Deux Cents Dirhams

LABORATOIRE D'ANALYSES
EL MANZAH
115, ROUTE D'EL JADIDA
11 - CASABLANCA
TEL : 0522 23 53 28 / 0522 23 83 46
FAX : 0522 23 35 58