

# 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 5ème 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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° P19-0042643

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10020 Société : RAM  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : ALAOUI HACHIMI My HAFID  
 Date de naissance : 06-05-1960  
 Adresse : 6 Bd Sidi Abderrahman 4<sup>ème</sup> étage NR 7. Beausejour  
 Tél. : 0661.32.96.69 Total des frais engagés : 1554 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
 Date de consultation : 20/04/2020  
 Nom et prénom du malade : ALAOUI HACHIMI NADA Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant  
 Nature de la maladie : Douleur FID  
 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 : CASABLANCA le 20/04/2020  
 Signature de l'adhérent(e) : 

### VOLET ADHERENT

N° P19-042643

Déclaration de maladie

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :  
 Nom de l'adhérent(e) :  
 Total des frais engagés :  
 Date de dépôt :



# 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   |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 20/04/2020      | C4                |                       |                                 | Chirurgien Dentiste<br>131, Bd Abderrahm Bouabid<br>5ème étage - Casablanca<br>Tél: 0522 23 18 18 - Fax: 0522 23 50 28 |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date       | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------------|------------------------------|------------------------|
| 20/04/2020  | 20/04/2020 | 200 DM                       |                        |
|   |            |                              |                        |
|   |            |                              |                        |
|   |            |                              |                        |
|   |            |                              |                        |

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien   | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|--|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
| CLINIQUE PEDIATRIQUE<br>ATFAL<br>50, Bd. Abderrahm Bouabid<br>OASIS - Casablanca<br>Tél.: 0522 23 18 18 - Fax: 0522 23 50 28 | 20/04/2020     |        |    |    |    | 854,00                          |
|  |                |        |    |    |    |                                 |
|  |                |        |    |    |    |                                 |
|  |                |        |    |    |    |                                 |

VOLET ADHERENT

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

# 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'

| 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>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table> |                  | H                   |                         | H | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D |  | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  |  | Coefficient DES TRAVAUX |
|                           | H   |                  | H                   |                         |   |          |          |          |          |   |  |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |
|                           | 25533412  | 21433552         |                     |                         |   |          |          |          |          |   |  |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |
|                           | 00000000  | 00000000         |                     |                         |   |          |          |          |          |   |  |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |
|                           | D   |                  | G                   |                         |   |          |          |          |          |   |  |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |
|                           | 00000000  | 00000000         |                     |                         |   |          |          |          |          |   |  |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |
|                           | 35533411  | 11433553         |                     |                         |   |          |          |          |          |   |  |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |
|                           | B   |                  |                     |                         |   |          |          |          |          |   |  |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |
|                           |   |                  |                     | MONTANTS DES SOINS      |   |          |          |          |          |   |  |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |
|                           | (Création, remont, adjonction)<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession  |                  |                     | DATE DU DEVIS           |   |          |          |          |          |   |  |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |
|                           |   |                  | DATE DE L'EXECUTION |                         |   |          |          |          |          |   |  |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |
|                           |   |                  |                     |                         |   |          |          |          |          |   |  |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |
|                           |   |                  |                     |                         |   |          |          |          |          |   |  |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |
|                           |   |                  |                     |                         |   |          |          |          |          |   |  |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |
|                           |   |                  |                     |                         |   |          |          |          |          |   |  |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |
|                           |   |                  |                     |                         |   |          |          |          |          |   |  |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |
|                           |   |                  |                     |                         |   |          |          |          |          |   |  |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مصحة أطفال  
**CLINIQUE ATFAL**

20/04/2020

Alaoui Hachimi Nada

Douleur de la Fi'D  
sans fièvre ni vomissements

Examen : Défense Fi'D

faire Echographie  
abdominale

Dr. Lina El Bouissani Bouchara  
Chirurgien Pédiatre  
18, Bd. Abdalmonem  
en face Im. Reguig / Résidence Joughra  
5ème étage N° 18 - Casablanca  
022 231 818 / 022 235 073 / 022 235 028



Appendicite ?      Saignée ?





مصلحة أطفال

CLINIQUE ATFAL

29/7/2005

20/04/2020

Abasui Hachimi  
Nada.

Groupe  
TP - TCR  
NF3 + Plq  
CRP

Dr. LARBI EL HOUSSEINI Bouchra  
Chirurgien Pédiatre  
131, Bd. Abderrahmane  
[en face Imen Boudiaf] Résidence Joubert  
5ème étage N° 18 - Casablanca  
Tél: 0522 47.64.12 Urgences 065 42 60 46

Tél: 0522 23 36 03 / 0522 21 34 45 - Fax: 0522 25 85 08  
Rue Socrate, Im C N°4 - 20 000 Casablanca



50, Bd. Abderrahim Bouabid (ex. Djerada) - Oasis - Casablanca

© 0522.231.818 (8 LG) / 0522.235.073 - Fax : 0522.235.028 - E-mail : atfalclinique@gmail.com

# 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

**Dr. Abdellatif LOUDGHIRI**

Pharmacien Biologiste

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Bactériologie-Biochimie-Hématologie

Mycologie - Parasitologie - Virologie

**FACTURE N° : 200002164**

CLINIQUE ATFAL

CASABLANCA le 20-04-2020

**Enff Nada ALAOUI HACHIMI**

Demande N° 200420A030

Numéro de l'adhérent :

Numéro de prise en charge :

Date de l'examen : 20-04-2020

Analyses :

## Récapitulatif des analyses

| CN   | Analyse                 | Val  | Clefs |
|------|-------------------------|------|-------|
| PS   | Prélèvement sang        | E25  | E     |
|      | Groupe Sanguin          | B60  | B     |
| 0216 | Numération formule      | B80  | B     |
| 0236 | Taux de prothrombine    | B40  | B     |
| 0239 | Temps de céphaline: TCK | B40  | B     |
| 0370 | CRP                     | B100 | B     |

Total des B : 320

TOTAL DOSSIER : 453.80DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : quatre cent cinquante-trois dirhams quatre-vingts centimes



# CLINIQUE ATFAL SARL

50 Bd Abderrahim BOUABID OASIS  
Tél. 022 23 18 18 Fax : 022 23 50 28  
IF 01087099

## F A C T U R E

N° : 2539 / 2020 du 20/04/2020

Nom patient **ALAOUI HACHIMI NADA**  
**PAYANT**

Entrée 20/04/2020

Sortie 20/04/2020

| Désignation des prestations | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire | Montant |
|-----------------------------|--------|------------|---------------|---------|
|-----------------------------|--------|------------|---------------|---------|

|                |      |  |            |        |
|----------------|------|--|------------|--------|
| FRAIS DE SALLE | 1,00 |  | 100,00     | 100,00 |
|                |      |  | Sous-Total | 100,00 |
| Total Clinique |      |  |            | 100,00 |

|  |      |   |            |        |
|--|------|---|------------|--------|
| DR. LARAKI BOUCHRA (chirurgien pédiatre) | 1,00 | K | 300,00     | 300,00 |
|  |      |   | Sous-Total | 300,00 |
| LABORATOIRE SOCRATE                      | 1,00 |   | 454,00     | 454,00 |
|  |      |   | Sous-Total | 454,00 |
| Total Autres prestations                 |      |   |            | 754,00 |

|   |       |        |
|---|-------|--------|
| Arrêtée la présente facture à la somme de :<br>HUIT CENT CINQUANTE-QUATRE DIRHAMS | Total | 854,00 |
|   |       |        |

CLINIQUE PEDIATRIQUE  
ATFAL  
50, Bd. Abderrahim Bouabid  
OASIS - Casablanca  
Tél.: 0522 23 18 18-Fax: 0522 23 50 28



Service de Radiologie et d'imagerie diagnostique et interventionnelle  
20/04/2020

**FACTURE N°0197/2020**

NOM Prénom : Enf ALAOUI HACHIMI NADA

EXAMEN : ECHO ABDO PELV

MONTANT GLOBAL: 700DH

**Arrêtée la présente facture à la somme de :**

SEPT CENT DHS





Code Patient : 200420A030  
Date de l'examen : 20-04-2020  
CLINIQUE ATFAL  
Saisie le 20-04-2020 20:12

**Enff Nada ALAOUI HACHIMI**

Réf : 200420A030

Prescription : Dr BOUCHRA LARAKI  
CLINIQUE ATFAL

(\*\*):

## HEMATOLOGIE

### HEMOGRAMME (Automate Sysmex XN-550)

#### NUMERATION

|                  |       |                                  |                |
|------------------|-------|----------------------------------|----------------|
| Leucocytes : **  | 5 980 | /mm <sup>3</sup>                 | (4 500-11 400) |
| Hématies : **    | 5.16  | 10 <sup>6</sup> /mm <sup>3</sup> | (4.34-5.14)    |
| Hémoglobine : ** | 14.70 | g/100mL                          | (12.00-15.40)  |
| Hématocrite : ** | 43.1  | %                                | (35.5-45.0)    |
| VGM : **         | 84    | μ <sup>3</sup>                   | (78-93)        |
| TCMH : **        | 28.5  | pg                               | (27.7-30.7)    |
| CCMH : **        | 34.1  | %                                | (30.0-36.0)    |

#### FORMULE LEUCOCYTAIRE

|                                  |         |                 |                   |
|----------------------------------|---------|-----------------|-------------------|
| Polynucléaires Neutrophiles : ** | 44.8    | %               |                   |
| Soit: **                         | 2 679   | mm <sup>3</sup> | (1 700-7 900)     |
| Polynucléaires Eosinophiles : ** | 2.7     | %               |                   |
| Soit: **                         | 161.5   | mm <sup>3</sup> | (20.0-650.0)      |
| Polynucléaires Basophiles : **   | 0.5     | %               |                   |
| Soit: **                         | 29.9    | mm <sup>3</sup> | (0.0-200.0)       |
| Lymphocytes : **                 | 46.3    | %               |                   |
| Soit: **                         | 2 768.7 | mm <sup>3</sup> | (1 200.0-5 200.0) |
| Monocytes : **                   | 5.7     | %               |                   |
| Soit: **                         | 340.9   | mm <sup>3</sup> | (350.0-750.0)     |
| Plaquettes : **                  | 262 000 | mm <sup>3</sup> | (170 000-400 000) |

Dossier validé biologiquement par : Docteur

مختبر التحليلات الطبية سقراط  
laboratoire de biologie médicale Socrate

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



**200420A030 – Enff Nada ALAOUI HACHIMI**

**Date de l'examen : 20-04-2020**

## IMMUNO-HEMATOLOGIE

### GROUPE SANGUIN ABO ET RHESUS

Deux déterminations, chacune réalisée en double, sont nécessaires à la délivrance d'une carte de groupe sanguin définitive.

Groupe sanguin ABO

A

Rhésus (D)

Positif

## HEMOSTASE

### TAUX DE PROTHROMBINE (Automate STAGO STA Compact)

|   |           |          |
|---|-----------|----------|
| Taux de Prothrombine<br>(Technique chronométrique sur STA<br>Satellite(STAGO)) ** | 90 %      | (70-100) |
| INR : **  | 1.07      |          |
| Temps de Quick Patient: **  | 14.2 sec. |          |
| Temps de Quick Témoin: **   | 13.3 sec. |          |

### TEMPS DE CEPHALINE KAOLIN

|   |           |             |
|---|-----------|-------------|
| TCK Temps patient<br>(Technique chrométrique sur STA Satellite<br>(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

Page 2 sur 3

**200420A030 – Enff Nada ALAOUI HACHIMI**

**Date de l'examen : 20-04-2020**

**BIOCHIMIE SANGUINE**

Protéine C-réactive (CRP) \*\*

0.5 mg/L (<5.0)

Ce dossier a été imprimé en partiel

(\*\*) : .

*Dossier validé biologiquement par : Docteur*



Le : 20/04/2020

Références

2 539 / 200421122518009013

PAYANT

Entrée / Sortie : 20/04/2020 - 20/04/2020

Le Dr. LARAKI BOUCHRA

présente à . ALAOUI HACHIMI NADA

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de  
300,00 Dhs

et le - la prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués

Dr. LARAKI HOUSSAINI Bouchra  
Chirurgien Pédiatre  
131, Bd Abdelmoumen  
(en face Im. Renault) Résidence Jouha  
5eme Etage N° 18 - Casablanca  
C : 05 22 47 04 12 - Urgence : 06 65 42 60 46

Cachet et signature



Service de Radiologie et d'imagerie diagnostique et interventionnelle

Mme : ALAOUI HACHIMI NADA

le 20/04/2020

**Echographie abdomino-pelvienne**

**Résultats :**

- Absence d'individualisation d'appendice normal ou pathologique.
- Absence d'épanchement intra-péritonéal.
- Foie de taille normale, de contours réguliers, d'échostructure homogène, sans lésion focale suspecte.
- VB semi pleine parait libre à paroi régulière.
- TP perméable de calibre normal.
- Absence de dilatation des VBIH et des VBEH.
- Pancréas non vu masqué par un écran de gaz.
- Aérocolie droite.
- Rate d'aspect échographique normal.
- Reins de taille normale de contours réguliers assez bien différenciés sans dilatation pyélo-calicielle.
- Vessie pleine à paroi régulière à contenu anéchogène.
- Utérus de taille normale homogène avec ligne cavitaire fine et libre.
- Ovaires de taille normale d'aspect échographique normal.

**Conclusion :**

- ***Echographie abdomino-pelvienne sans anomalie significative ; à confronter au reste du bilan et à compléter , si nécessaire et après prescription du médecin traitant , par une TDM abdomino-pelvienne injectée.***

INTERNATIONAL clinic  
Dr Fatima Zohra EL ALAMI  
Cordialement.  
DR EL ALAMI FZ











