

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 |
| ○ 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



Déclaration de Maladie

N° W21-626553

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 12970

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ZAKI FATIMA ZAHRA

Date de naissance :

27/10/1990

Adresse :

30 rue 38 Quartier Saâda

Tél. :

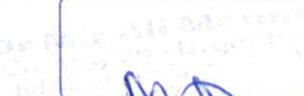
06 62 10 42 78

Total des frais engagés :



Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

19/04/2021

Nom et prénom du malade :

ZAKI Fatima Zahra Age: 30ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

colique néphrétique

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 : Nouasseur

Le : 19/04/2021

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-626553

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

Matricule :

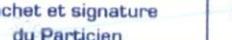
Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

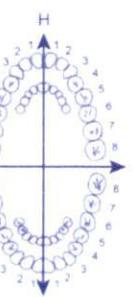
Coupon à conserver par l'adhérent(e).

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
R Analyste : M. BERNARD Date : 15/06/2014 Coeff : 15233014	21.06.2014	B 230	450,00 Fr
1506h.n	R.Bernard	Q	300 Mb

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	
	18.04.04	Brus			300 Mb
		Umrz			

VOLET ADHERENT

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

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																
				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 PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	<hr/>		<hr/>		B	35533411	11433553	G	00000000	00000000
H	25533412	21433552																		
D	00000000	00000000																		
<hr/>		<hr/>																		
B	35533411	11433553																		
G	00000000	00000000																		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																



Clinique Fedala

Mohammedia le : 18/04/2021 المحمدية في :

Nom : Zaki Fatima Zohra

- 98.00 - Meabertaux ep160
1 cbx x 2 H3
- 32.00 - N2-Spe, ius 35ml
Profonds ius 35ml
- 54.10
3x3
Q.10
- 2.00 - Stripsat 14%
1 cbx x 2 H3
- 196.10x2
- 782.20
- PHCIE DE LA PISCINE BENNIS ABDELLAH BENABDERRAHMANE SELAM TUNISIA TN: 0523.31.1907
- PHCIE DE LA PISCINE BENNIS ABDELLAH BENABDERRAHMANE SELAM TUNISIA TN: 0523.31.1907
- Ali Mounir S. 10% Jml 42
- 5 Bd MOHAMMED V - MOHAMMEDIA E-mail : cliniquefedala@menara.ma
Tél. : 0523.32.93.80 / 0523.32.93.81 / 0523.31.12.83 / Fax : 0523.32.93.82

NEOFORTAN®
10 COMPRIMÉS EFFERVESCENTS
160 mg



6 118000 031697

PPV 98DH80
EXP 01/2024
LOT 0N033 3

LOT 202513
EXP 10 2023
PPV 62.50

Profenid® 100 mg/2 ml
Solution injectable IM
6 Ampoules



6 118000 060505
LOT 0189
PER 03 23
PPV 54.70 DH

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
No spa 40 mg/2ml, inj
b 5amp
P.P.V : 32,00 DH



6 118000 061335

Urispas® 200 mg
30 comprimés pelliculés



6 118000 020653

OEDES 20mg
14 gélules



6 118001 100071

LOT 201565
EXP 05/2023
PPV 52.80DH

SEPCEN® 500 mg
ciprofloxacine

10 comprimés pelliculés



6 118000 230182

196,50

SEPCEN® 500 mg
ciprofloxacine

10 comprimés pelliculés



6 118000 230182

196,50



ف د ال ف دالا
CLINIQUE FEDALA

Mohammedia le : 19/04/2011

Le Docteur

prie M. Zaki Fatma-Zahra

d'accepter l'expression de ses sentiments distingués et lui
présente suivant l'usage, sa note d'honoraires pour

consultation - 200,00 Dhs

Ecographie abd - 300,00 Dhs

Défibrillateur - 800,00 Dhs

S'élevant à la somme de 800,00 Dhs

Huit Cent Dh



Clinique Fedala

Mohammedia le : 18/04/2011 المحمدية في :

Nom : Rapport medical

je vous signe
avoir consulté Mme Fathima - Zahra qui présente
des douleurs au cou droit
d'abdomen, des vomissements,
from 1 jour.

Elle a été prise en charge par Echospasphie
abdominale + pressionnel (VUS). La sortie est en
état stable + un TT à
titre externe + les analyses.



مَرْجَةٌ فِي دَالَّةٍ

CLINIQUE FEDALA

19 AVRIL 2021

Mohammedia le : المحمدية في :

Nom : MLLÉ ZAKI FATIMA-ZAHRA

CLINIQUE : colique néphrétique droite

COMPTE RENDU ECHOGRAPHIQUE :

L'analyse de cet examen échographique met en évidence :

- Un foie de taille et d'écho structure normales.
- Les angles marginaux et la flèche hépatique ne sont pas augmentés
- Vésicule distendue à paroi fine alithiasique.
- Le pancréas est bien visualisé en coupes longitudinale et transversale.
- Il présente une taille et une écho structure normales.
- Pas d'épanchement dans la cavité abdominale.
- Absence d'image pathologique des gros vaisseaux abdominaux.
- Rein gauche RAS.
- Rein droit : siège d'une légère dilatation des cavités pyelocalicielle.
Bas uretère libre.
- Le reste est normal.

CONCLUSION : colique néphrétique droite

Signe : DR MIR ALI

Dr Mir Ali
Médecin Urologue
Chirurgien Urologue
Téléphone : 0523.32.93.82



Clinique Fedala

الحمدية في : ١٩/٠٤/٢٠٢١ Mohammedia le :

Nom : Zaki Falima - Zafra

NES, CRP

onat

fly

EICBY

Ali Mouncef
Bk. Mil
The decimal
Thirteenth
T31:06.77.15.7
ABORAT
Glosses
Arabs and
Modern Arabic
Dictionarie
T330012
1818
Bk. Mil
The decimal
Thirteenth
T31:06.77.15.7

LABORATOIRE RAFEI D'ANALYSES MEDICALES

Dr RAFEI Abderrahman
N° 281, Bd. Monastir, Derb Chabab El Alia

MOHAMMEDIA
Patente 39358730 IF(IGR) 55042955 CNSS 6627791
ICE 00178150900005 INP 093001972
Tél : 023 30 01 01 / 066 14 91 46

Fax : 023 30 14 14

Médecin Spécialiste
En Biologie Médicale

Mohammedia le 21 avril 2021

Mme ZAKI FATIMA ZAHRA

FACTURE N°	18398
------------	-------

Analyses :

Numération formule sanguine + plaquettes -----	B	80	
Glycémie (à jeûn) -----	B	30	
Créatinine -----	B	30	
Protéine C réactive -----	B	100	
Cytobactériologie des urines -----	B	90	Total : B 330

Prélèvements :

Sang-----	Pc	1,5	
TOTAL DOSSIER			450,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Quatre Cent Cinquante Dirhams

18/04/2021
Dr. Zaki Zahra
Laboratoire Rafei
Mohammedia



لختبر رافي للتحاليل الطبية

LABORATOIRE RAFEI D'ANALYSES MEDICALES

281, Bd. Monastir, Derb Chabab El Alia Mohammedia - Tél.: 05 23 30 01 01 - Fax : 05 23 30 14 16 / 05 23 30 14 14
Gsm : 06 61 14 68 93 / 06 58 10 57 85 - E-mail : laborafei@gmail.com

Dr Rafei Abderrahman

Médecin spécialiste en
Biologie Médicale

الدكتور الرافي عبد الرحمن
طبيب اختصاصي في
التحاليل الطبية

Mohammedia le : 21/04/21

Prélèvement du : 20/04/21

Prélèvement effectué à 10:02

Mme ZAKI FATIMA ZAHRA

Référence : 21534228

Docteur ALI MOUNCEF MIR

Page : 1

Compte rendu d'analyses

HEMATOLOGIE

HEMOGRAMME

Normales
(Femme Adulte)

NUMERATION GLOBULAIRE

Globules blancs ----- :	8 130	/mm ³	4000 - 10000
Globules rouges ----- :	5,10	M/mm ³	4,1 - 5,2
Hémoglobine ----- :	12,5	g/100 ml	12 - 16
Hématocrite ----- :	39	%	35 - 45
- V.G.M. ----- :	77	* µ ³	85 - 95
- T.C.M.H. ----- :	25	* pg	28 - 32
- C.C.M.H. ----- :	32	%	31 - 36
Plaquettes ----- :	371 000	/mm ³	150000 - 400000

FORMULE LEUCOCYTAIRE

Polynucléaires Neutrophiles ----- :	55,0	%	Soit :	4 472	/mm ³	2000 - 7500
Polynucléaires Eosinophiles ----- :	1,5	%	Soit :	122	/mm ³	< 400
Polynucléaires Basophiles ----- :	0,2	%	Soit :	16	/mm ³	< 400
Lymphocytes ----- :	38,5	%	Soit :	3 130	/mm ³	1500 - 4000
Monocytes ----- :	4,8	%	Soit :	390	/mm ³	200 - 800

BIOCHIMIE

Glycémie à jeun ----- :	0,95	g/l	0,7 - 1,1
	Soit : 5,3	mmol/l	3,9 - 6,1
Créatinine ----- :	8,61	mg/l	7 - 13
	Soit : 76	µmol/l	62 - 115
Protéine C réactive ----- :	2	mg/l	< 6

Dr. A. RAFEI
Médecin Biologiste



لختير رافي للتحاليل الطبية

LABORATOIRE RAFEI D'ANALYSES MEDICALES

281, Bd. Monastir, Derb Chabab El Alia Mohammedia - Tél.: 05 23 30 01 01 - Fax : 05 23 30 14 16 / 05 23 30 14 14
Gsm : 06 61 14 68 93 / 06 58 10 57 85 - E-mail : laborafei@gmail.com

Dr Rafei Abderrahman

Médecin spécialiste en
Biologie Médicale

Mohammedia le : 21/04/21

Prélèvement du : 20/04/21

Prélèvement effectué à 10:02

الدكتور الرافعي عبد الرحمن
طبيب احترافي في
التحاليل الطبية

Page : 2

Compte rendu d'analyses

Mme ZAKI FATIMA ZAHRA
Référence : 21534228
Docteur ALI MOUNCEF MIR

BACTERIOLOGIE

EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES

Jour de prélèvement----- : 20 Avril 2021
Aspect ----- : Trouble

CHIMIE

PH ----- :	6,0
Albumine ----- :	+
Glucose ----- :	Négatif.
Corps cétoniques ----- :	Négatif.
Sang ----- :	++

1- CYTOLOGIE

Leucocytes ----- :	32000 GB/ml	VN <10000/ml
Hématies----- :	18000 GR/ml	VN <10000/ml
Cellules épithéliales ----- :	Rares.	
Cylindres ----- :	Absence.	
Cristaux ----- :	Absence.	
Levures ----- :	Absence.	

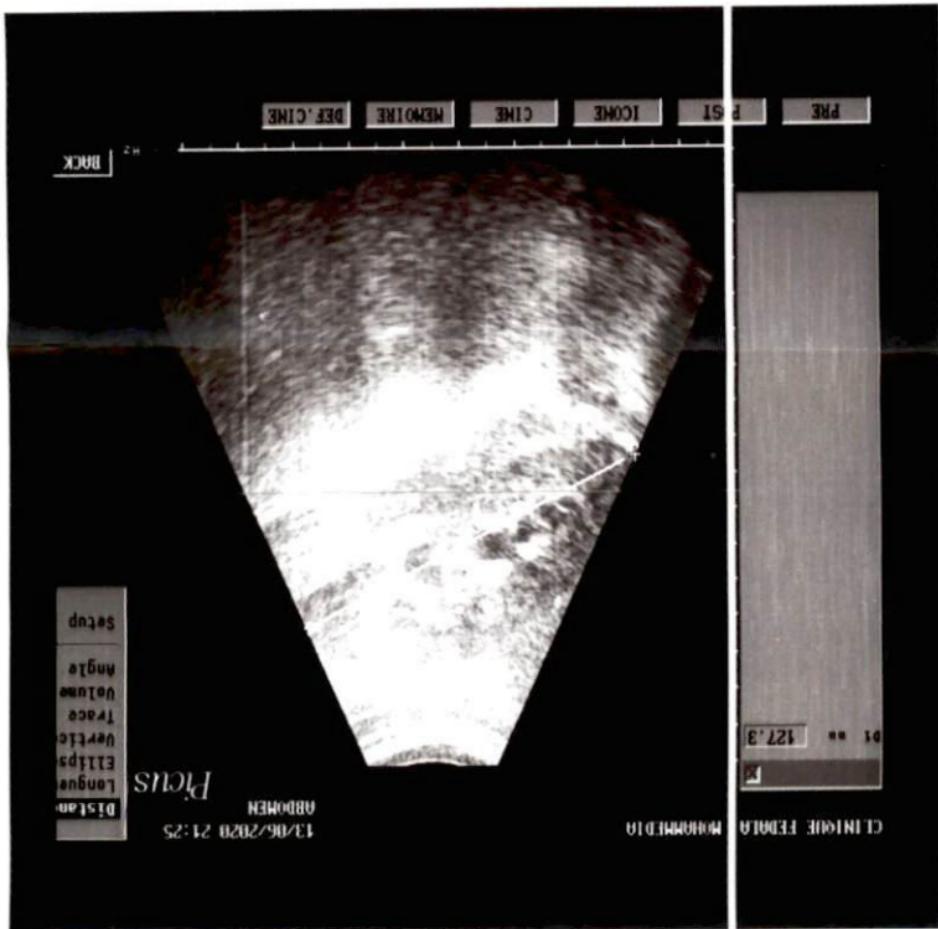
2- PARASITOLOGIE

Trichomonas ----- :	Absence.
Autre ----- :	Absence.

3- BACTERIOLOGIE

Coloration de Gram ----- :	Sans particularité
Numération de germes ----- :	<1000/ml
Culture sur milieux usuels ----- :	Stérile.
Culture sur sabouraud ----- :	Négative.

Dr. A. RAFI
Médecin Biologiste



CLINIQUE FEDALA

MOHAMMEDIO

13/06/2020 21:25

ABDOMEN

Picus

3.5 MHz
D 17 cm
GM 3

P 5 FLP
E 2



BACK

PRE

POST

ICONE

CINE

MEMOIRE

DEF.CINE

