

# 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.

## Biologie 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.

## 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° M21- 1052888

82619

75249

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8482 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MUSTAFA MOULGOURI

Date de naissance : 04-03-1953

Adresse : même

Tél. : 06 61 92 86 34 Total des frais engagés : 420,00 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 :

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 31/08/2021 Le : 31/08/2021

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019





# 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

# 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
	29/7/21	B300+PC	420DH

# AUXILIAIRES MEDICAUX

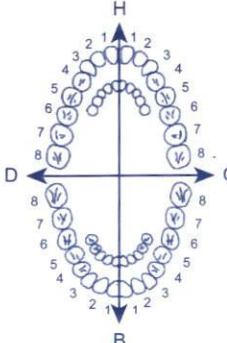
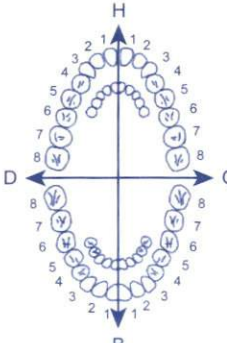
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

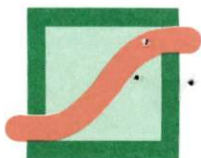
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT 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> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  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



# مصحة دار السلام CLINIQUE DAR SALAM

**Docteur Rafai Ma**  
**PES - Neurologue**

Maladies du Système Nerveux et Muscles • Explorations  
Neurophysiologiques

Ancien Neurologue aux Hôpitaux de Paris et Bordeaux

Ancien « Fellowship » de l'Institut de Myologie - Paris

ElectroNeuroMyoGraphie (ENMG)

ElectroEncéphaloGraphie (EEG) - Toxine Botulique

[neuroconsultcasa@gmail.com](mailto:neuroconsultcasa@gmail.com) Tel: Rdv 0622 873 066

SMS 0642 655 255

Casablanca, le 26 JUL 2021

NOM ET PRENOM :

Dr. Nourguemmi Fatima Zahra

NTFS + la pyramide  
CRP. VS  
FEBU

**DR. MA. RAFAI**  
PES - Neurologue  
Maladies du Système Nerveux - Muscles  
ENMG - EEG - Toxine Botulique  
Rdv. 06 22 87 30 66

**Professeur Rafai Ma**

Explorations Neurophysiologiques - ENMG - EEG - Toxine Botulique, Biopsies musculaires  
et Neuro-Musculaires)

Sur Rendez-Vous

tel: Rdv - 0622 873 066 / SMS - 0642 655 255

Adresses-Mail : [neuroconsultcasa@gmail.com](mailto:neuroconsultcasa@gmail.com)

Sur Rendez-Vous 20622 87 30 66

728, Bd. Modibo Keita Casablanca 20100 - Tél : +212 5 22 851 414 - Fax : +212 5 22 830 880 - E-mail : [contact@cliniquedarsalam.ma](mailto:contact@cliniquedarsalam.ma)

[www.cliniquedarsalam.ma](http://www.cliniquedarsalam.ma) - C.N.S.S. : 6387246 - Patente : 36372350 - I.F. : 1087352





الرئيس (الغاور) محمد  
أخصائي في التحليلات الطبية

# مختبر التحليلات الطبية بانوراميك

## LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES PANORAMIQUE

**Dr. KADIRI Mohamed**  
**Biologiste**

Diplôme de L'Université de REIMS des Spécialités Biochimie Clinique  
Immunologie Générale Bactériologie et Virologie Clinique  
Diagnostic Biologique et Parasitaire  
D.U Assurance Qualité en Biologie Médicale de L'Université de Paris V  
Ex. Attaché des Hopitaux de France

**Mademoiselle MOULGOURI FATIMA**

**ZAHRA**

Dossier ouvert le : 29/07/21.

Prélèvement effectué à 11:18

**Docteur MA RAFAI**

Dossier N° : 21G2450

## HEMATOLOGIE

### NUMERATION FORMULE COMPLETE

						Valeurs de référence (Femme Adulte)
*	HEMATOCRITE	: 33,9	%			35 - 47
*	HEMOGLOBINE	: 11,5	g/dl			12 - 16
	GLOBULES ROUGES	: 4,15	M/mm3			4 - 5,4
<b>CONSTANTES ERYTHROCYTAIRES</b>						
*	V.G.M.	: 81	fl			85 - 100
	T.G.M.	: 27	pg			27 - 33
	C.C.M.H.	: 33	%			31 - 36
	GLOBULES BLANCS	: 7 700	/mm3			4000 - 10000
<b>FORMULE LEUCOCYTAIRE</b>						
*	P. NEUTROPHILES (PNN)	: 44,3	%	soit	3 411 /mm3	50 - 70 % 2500 - 7125 /mm3
	P. EOSINOPHILES (PNE)	: 2,5	%	soit	193 /mm3	1 - 3 %
	P. BASOPHILES (PNB)	: 0,9	%	soit	69 /mm3	50 - 285 /mm3 < 1 %
	LYMPHOCYTES	: 37,5	%	soit	2 888 /mm3	< 95 /mm3 25 - 40 %
	MONOCYTES	: 14,8	%	soit	1 140 /mm3	1000 - 3800 /mm3 3 - 10 %
*	PLAQUETTES	: 428 000	/mm3			150 - 665 /mm3 150000 - 400000

### VITESSE DE SEDIMENTATION

*	1 <sup>ère</sup> heure	: 52	mm	5 - 10
*	2 <sup>ème</sup> heure	: 83	mm	10 - 20

## IMMUNOLOGIE / SEROLOGIE

CRP (Protéine C Réactive)	: 5,00	mg/l	< 6
---------------------------	--------	------	-----



(الدكتور الفاورى محمد)  
أخصائي في التحليلات الطبية

# مختبر التحليلات الطبية بانوراميك

## LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES PANORAMIQUE

**Dr. KADIRI Mohamed**  
**Biologiste**

Diplômé de L'Université de REIMS des Spécialités Biochimie Clinique  
Immunologie Générale Bactériologie et Virologie Clinique  
Diagnostic Biologique et Parasitaire  
D.U Assurance Qualité en Biologie Médicale de L'Université de Paris V  
Ex. Attaché des Hopitaux de France

**Facture N° :** 3098  
**Casablanca le** jeudi 29 juillet 2021  
**A l'attention de :** **Mademoiselle MOULGOUNRI FATIMA ZAHRA**

### Analyses :

Numération formule complète -----	B	80
Vitesse de sédimentation -----	B	30
Protéine C réactive -----	B	100
Cytobactériologie des urines -----	B	90

### Prélèvements :

Sang-----	Pc	1,5
-----------	----	-----

**Total dossier :** **420,00 DH**

**Arrêtée la présente facture à la somme de :**  
**Quatre Cent Vingt Dirhams**

LABORATOIRE PANORAMIQUE  
D'ANALYSES MEDICALES  
DR. KADIRI Mohamed  
Tél. 05 22 52 29 61 / 05 22 52 26 59