

## 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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° W21-711440

125719

Maladie       Dentaire       Optique       Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1376      Société : R.A.M.

Actif       Pensionné(e)       Autre :

Nom & Prénom : RAHMANI FATIHA ep ZAHIR

Date de naissance : 21/01/1950

Adresse : 16 Rue Ahmed Elgazidi lot Emeraude  
Champs de Course PES

Tél. : 0660 946970      Total des frais engagés : 2080,00      Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03/07/2022

Nom et prénom du malade : RAHDANT Fatima      Age : 72

Lien de parenté :  Lui-même       Conjoint       Enfant

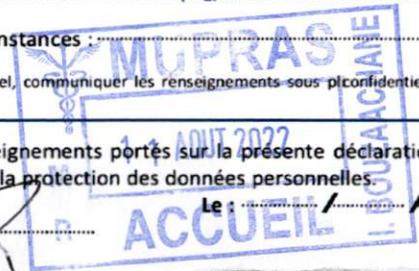
Nature de la maladie : Pneumopathie v. ch.

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) :



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
03/07/2012			400,00	 DR. MOHAMED EL-DIN CLINIQUE ARRAYAY Fès City Center lot 13, Champs de course Tél. : 05 35 62 33 13 / 05 35 62 30 14 INPE : 14006412
			300,00	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	03-07-2012	627,20

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	03/07/12	BG40	680,00

### AUXILIAIRES MEDICAUX

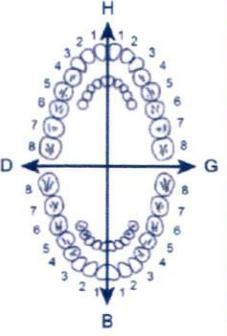
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

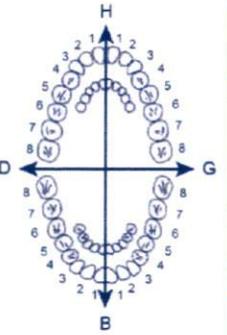
### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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 PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	COEFFICIENT DES TRAVAUX																
	<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 colspan="2">D</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> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	G																	
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	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

CLINIQUE  
ARRAYANE



مص  
الري  
ان

Fès, le 03/07/2022

Médecin Traitant :

**Dr. DINIA MOHAMED  
CARDIOLOGUE**

Me RAMDANI Fatima

Farie SVP:

Créat

CRP

NFS

Urée

*D. Dina Mohamed*

**Dr. DINIA MOHAMED  
CARDIOLOGUE**

**CLINIQUE ARRAYANE**  
Fès City Center Ilot 13, lot.3,  
Champs de course - Fès  
Tél. : 05 35 62 33 13 / 05 35 62 30 03  
INPE : 140064122



Adresse : Fès City Center Ilot 13, lot .3, Champs de course - Fès

Tél. : +212 (0) 5 35 62 33 13 / 05 35 62 30 03 . GSM : 06 67 96 95 00 . Fax : 05 35 65 07 37

E- mail : contact@cliniquearrayane.com

CLINIQUE  
ARRAYANE



مص  
الري  
ان

Dr. DINIA MOHAMED  
CARDIOLOGUE

Fès, le 03/07/2022

Médecin Traitant : .....

Nom et prénom : RAHOANI Fatma

RAPPORT MEDICALE

72 ans, pneumopathe virale,  
admise pour dyspnée  
avec douleur thoracique.  
examen clinique et ECG  
ne retrouvent pas d'anomalies.  
pas d'urgence vitale.  
traitement de la pneumopathie  
en cours.

CLINIQUE ARRAYANE  
Fès City Center, lot 13, lot 3,  
Champs de course - Fès  
Tél. : 05 35 62 33 13 / 05 35 62 30 03  
INPE : 140064122

Dr. DINIA MOHAMED  
CARDIOLOGUE

CLINIQUE  
ARRAYANE



مصنعة  
الريان

Fès, le 31/7/22.

Médecin Traitant : Dr. Dunia Med.

M. Rahmani Fatima

349 + 138,1 par 2 =

628,20

1) Lovénox 0.4 cc

1 Inj. / jour pendant 10 jours.



sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P1 -  
Ain Sebaâ 20250 - Casablanca  
LOVENOX 4000UI ANTI-XA/0,4ML SER B6

P.P.V. : 349DH00



6 118001 080465

sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P1 -  
Ain Sebaâ 20250 - Casablanca  
LOVENOX 4000UI ANTI-XA/0,4ML SER B2

P.P.V. : 138DH10



6 118001 080472

sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P1 -  
Ain Sebaâ 20250 - Casablanca  
LOVENOX 4000UI ANTI-XA/0,4ML SER B2

P.P.V. : 138DH10



6 118001 080472

Adresse : Fès City Center Ilot 13, lot .3, Champs de course - Fès

Tél. : +212 (0) 5 35 62 33 13 / 05 35 62 30 03 . GSM : 06 67 96 95 00 . Fax : 05 35 65 07 37

E-mail : contact@cliniquearrayane.com



## FACTURE

N° 1 786 / 2022 du 03/07/2022

Nom patient	RAHMANI FATIHA	Entrée	03/07/2022	Sortie	03/07/2022
Prise en charge	PAYANT				

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
FRAIS CLINIQUE	1,00		150,00	150,00
ECG	1,00		100,00	100,00
OXYGENE 24/H	1,00		50,00	50,00
			Sous-Total	300,00
PHARMACIE	1,00		75,00	75,00
			Sous-Total	75,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>375,00</b>
<i>PRESTATIONS EXTERNES</i>				
DR. DINIA MOHAMMED (cardio)	1,00		400,00	400,00
			Sous-Total	400,00
<b>Total prestations externes</b>				<b>400,00</b>

	<b>Total général</b>	<b>775,00</b>
<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> SEPT CENT SOIXANTE-QUINZE DIRHAMS		

Encaissements	Espece 775,00				<b>Total encaissé</b>	<b>Solde</b>
---------------	------------------	--	--	--	-----------------------	--------------

**CLINIQUE ARRAYANE**  
Fès City Center Ilot 13, lot.3,  
Champs de course - Fès  
Tél. : 05 35 62 33 13/05 35 62 30 03  
INPE : 140064122

**CLINIQUE ARRAYANE**  
Fès City Center Ilot 13, lot.3,  
Champs de course - Fès  
Tél. : 05 35 62 33 13/05 35 62 30 03  
INPE : 140064122

# LABORATOIRE GUESSOUS D'ANALYSES MEDICALES



**Dr. Mohammed GUESSOUS**  
**Pharmacien Biologiste**  
Diplômé de la faculté de Médecine  
& de Pharmacie de Marseille  
CES : Hématologie - Immunologie  
Bactériologie et Virologie



Laboratoire certifié ISO 9001 en Juillet 2021

N° 2021/02-216.1

**Prescripteur : Dr DINIA MOHAMED**

**Mme RAHMANI Fatiha**  
**Dossier N° 2207030009 du 03-07-2022 15:43**  
Résultats édités le : 06-07-2022  
**CLINIQUE ARRAYANE**

Page : 1 / 2

## Résultat   Unité   V.Normales   Antécédent

### HEMOGRAMME

(Sur Automate Sysmex XT-4000i)

#### NUMERATION

Leucocytes:	4.86	10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>	(4.00-10.00)
Hématies:	4.9	M/mm <sup>3</sup>	(3.8-5.4)
Hémoglobine:	13.6	g/dL	(12.0-16.0)
Hématocrite:	39	%	(37-47)
VGM :	<b>81.2</b>	μ <sup>3</sup>	(82.0-98.0)
TCMH :	28.0	pg	(27.0-33.0)
CCMH :	34.5	g/dL	(31.0-36.0)
IDR-SD :	39.3	fL	(37.0-50.0)
Plaquettes:	292	10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>	(150-400)
Volume Plaquettaire Moyen	9.3	fL	(8.0-12.0)

#### FORMULE

Polynucléaires Neutrophiles :	61.2	%	
Soit:	2 974	/mm <sup>3</sup>	(1 800-7 500)
Polynucléaires Eosinophiles:	1.4	%	
Soit:	68	/mm <sup>3</sup>	(40-700)
Polynucléaires Basophiles:	0.8	%	
Soit:	39	/mm <sup>3</sup>	(0-100)
Lymphocytes:	25.9	%	
Soit:	1 259	/mm <sup>3</sup>	(1 000-4 500)
Monocytes:	10.7	%	
Soit:	520	/mm <sup>3</sup>	(200-1 000)
CTRL 100%	100	%	(100-100)

### BIOCHIMIE SANGUINE

(Integra 400 Roche, Architect Abbott)

**UREE:** 0.32 g/l (0.15-0.40)  
(U.V., Architect Abbott) 5.33 mmol/l (2.50-6.67)

**CREATININE:** 11 mg/l (6-11)  
(Cinétique enzymatique à 37°, Cobas Integra 400+) 97 μmol/l (50-98)



# LABORATOIRE GUESSOUS D'ANALYSES MEDICALES

PATENTE : 13606231 - CNSS : 2120830 - IF : 16409010 - ICE : 000721226000036

Dr. Mohamed GUESSOUS  
Pharmacien Biologiste  
Diplômé de la faculté de  
médecine  
& de pharmacie de Marseille  
CES : Hématologie -  
Immunologie  
Bactériologie et Virologie

**FACTURE : 220700170**

Fès le : 03-07-2022

Médecin

**Dr DINIA MOHAMED**

Nom du patient

**Mme Fatiha RAHMANI**

Demande N° 2207030009  
Date de l'examen : 03-07-2022

Analyses :

Récapitulatif des analyses		Clé
CN	Analyse	
MAJ	Majoration	B200
REM1	REMISE MONTANT	B0
9105	Prélèvement sanguin	E10
0111	Créatinine	B30
0370	CRP	B100
0216	Numération formule	B80
0135	Urée	B30
	D-dimères	B200

Total des B : 640

TOTAL DOSSIER : 680 DHS

Arrêtée la présente note d'honoraires à la somme de : six cent quatre-vingts dirhams .

53, Avenue de F.A.R. - FES. Tél : 0535 64 13 48 / 73 44 56 - Fax : 0535 64 17 76  
Urgences : 0535 61 10 89 - G.S.M. : 06 61 56 39 19 / 06 61 18 98 51 - E-mail :  
labo.guessous@gmail.com



Le : 03/07/2022

Références 1 786 / 220703181428187003  
PAYANT

Entrée / Sortie : 03/07/2022 - 03/07/2022

Le Dr. DINIA MOHAMMED

présente à RAHMANI FATIHA

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de  
400,00 Dhs (QUATRE CENTS DIRHAMS)

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

Dr. DINIA MOHAMED  
CARDIOLOGUE

Cachet et signature



CLINIQUE ARRAYANE  
Fès City Center Ilot 13, lot.3,  
Champs de course - Fès  
Tél. : 05 35 62 33 13/05 35 62 30 03  
INPE : 140064122

## ANNEXE PHARMACIE

Nom patient <b>RAHMANI FATIHA</b>		N° Facture	1 786	22G031814
Produit	Quantité	Prix Unitaire	Montant	
NICARDEPINE10MG/ INJ (10)(1)	1	10,00	10,00	
PARACETAMOL 10 mg INJ (01)	1	15,00	15,00	
Sous-Total médicaments			25,00	
INTRANULE G 20 (100)(1)	1	10,00	10,00	
LUNETTE A OX2 ADULTE (001)	1	24,00	24,00	
PERFUSEUR EN Y (01)	1	10,00	10,00	
SERINGUE DISP G21 10 CC (01)	1	6,00	6,00	
Sous-Total consommable médical			50,00	
(*) Conditionnement hospitalier			Total pharmacie	
			75,00	


**CLINIQUE ARRAYANE**  
 Fès City Center lot 13 lot 3  
 Champs de course  
 Tél : 05 35 62 35 13 / 05 35 62 30 00  
**INPE : 14006412**

Name:

Jul-3-2022 9:37:17 PM

ID:

Sex: Male

Years

Vent. rate

80 bpm

MINNESOTA (DR 05)

PR int

182 ms

1-1-2

QRS dur

88 ms

5-3

QT/QTc (E) int.

390/427 ms

P/QRS/T axis

65/ -12/ 70

RV5/SV1 amp

1.165/ 1.245 mV

RV5+SV1 amp

2.410 mV

Unconfirmed Report

Reviewed by:

Exam:

Male

Years

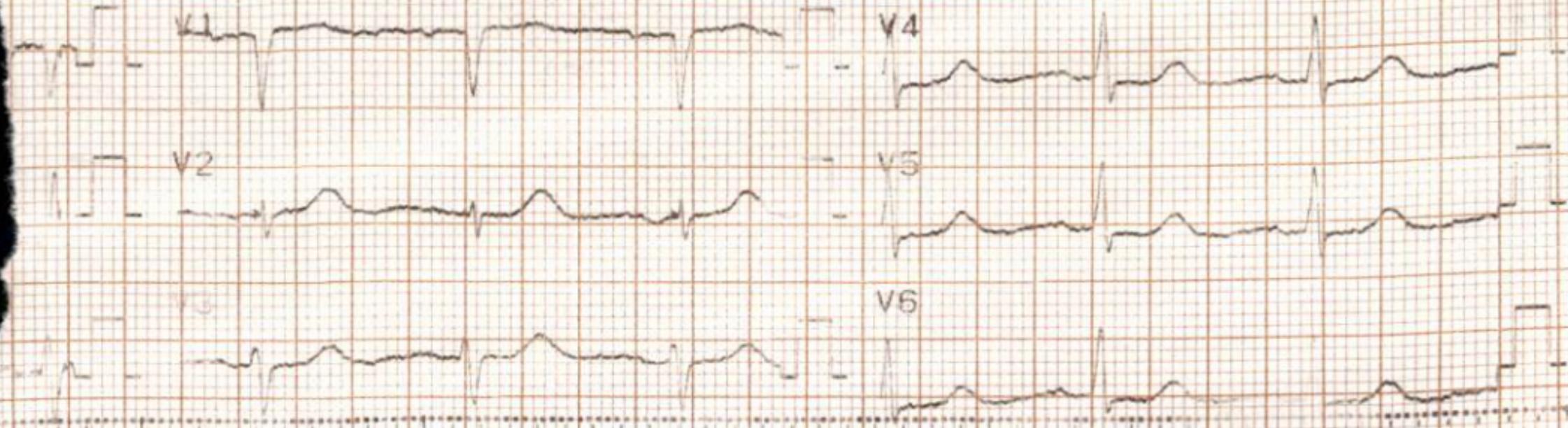
Jul-3-2022

9:37:17 PM

81 bpm

5 mm/mV

5 mm/mV



Exam:

RQS 63.3

sinus rhythm

diagnostic voltage criteria for LVH, may be normal

absent

ST-T ABNORMALITIES PRESENT

Underline ECG \*\*

Name:

ID:

5 mm/mV 25 mm/s Filter: H50 d 150 Hz 5 mm/mV



2150 02-01 03-06