

## 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.



139720  
Déclaration de Maladie : N° S19-0001611

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12364 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : HAMMOUTI ABDE RRAHMAN Date de naissance : 08/12/1983  
Adresse : OULFA, CASABLANCA  
Tél : 06 62 77 2 11 Total des frais engagés : # 822,6 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20 OCT 2022

Nom et prénom du malade : Ouhabi El Yazid

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

Le : 20/10/2022

Signature de l'adhérent(e) :

### Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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



### 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 OCT 2022		cs	300.00	Dr. Tafrouti Amal 12, Rue El Brini, 1er Etage, Appt. 5 Place Perrin, Casablanca - Rabat Tél: 05 37 63 63 93

### 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
r. Meryem LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES Tél: 05 37 63 63 93	20-10-2022	K15	B 390

### 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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></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>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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





Rabat, Le .....

dshohi   
12, Rue El Brihi 1er Etage Appart 5  
Place Petrie, Hassan - Rabat  
Tél: 05 37 76 77 56

ECRU.

2) nfs, urée, ant syg in  
CRP

Dr. Meryem MAANINOL  
Médecin Biologiste  
LABORATOIRE BIOLOR  
Tél: 05 37 76 63 93

12, Rue El Brihi 1er Etage Appart 5  
Place Petrie, Hassan - Rabat  
Tél: 05 37 76 77 56



**Docteur Taфраouti Anass**

Pediatre Specialiste  
des maladies de L'enfant



**الدكتور تفروتي أناس**

إختصاصي في طب الأطفال

Rabat, Le .....

دوكوبي

Echographie seule  
et vesicule .

Dr. Sonia AMRI  
Cabinet de Radiologie  
73, rue patrice Lumumba  
Tél : 05 37 76 32 05/02

Dr. Taфраouti Anass  
12, rue El Brihi 1 er étage Appart 5  
Place petrie Hassan - Rabat  
Tél : 05 37 76 56

12, زقة البريحي الطابق الأول رقم 5, بلاس بيتري حسان - الرباط (ملتقى زقة البريحي و مولاي عبد العزيز) / الهاتف : 05 37 76 77 56

12 rue El brihi 1 er étage Appart 5 Place petrie Hassan - Rabat (Angle rue Lbrihi et rue My Abdelaziz) / Tél.: 05 37 76 77 56

E-mail : anassped@yahoo.fr : البريد الإلكتروني

# Laboratoires d'Analyses Médicales - BIOLOR

Facture N° : 3894/22

Rabat le 24 octobre 2022

A l'attention de : **Enfant DAHABI EL YAZID**

Identifiant du patient : **27118**

Prélèvement du : **21/10/2022**

## Analyses :

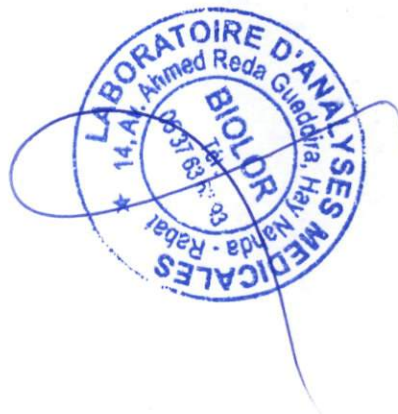
Numération formule sanguine + plaquettes	B 80	107,20 Dhs
Créatinine sanguine	B 30	40,20 Dhs
Protéine C réactive	B 100	134,00 Dhs
Urée	B 30	40,20 Dhs
Antibiogramme	B 60	80,40 Dhs
Cytobactériologie des urines	B 90	120,60 Dhs

Total dossier : **522,60 Dhs**

Mode de règlement : **Espèce**

Arrêté la présente facture à la somme de :

**Cinq Cent Vingt Deux Dirhams Soixante Centimes**



Rabat, le 20/10/2022

Note d'honoraire

*Je Soussignée certifie que*  
**Enf. DAHABI EL YAZID a effectué le bilan radiologique**

**ECHOGRAPHIE ABDO-PELVIENNE**

**Dont le montant est : 600 DH**

La présente note est arrêtée à la somme de :  
**SIX CENTS Dirhams T.T.C**

Valeur en votre aimable règlement  
**Dr Sonia AMRI**

Identifiant du patient : 27118  
Date de naissance : 25/05/2018  
Sexe : M  
Du : 21/10/2022 à 08:06  
Edité le : 21/10/2022 à 15:34

Enfant DAHABI EL YAZID  
Dossier N° : 22590507  
Docteur TAFRAOUTI ANASS  
|||||

## HEMATOLOGIE

### NUMÉRATION FORMULE SANGUINE (XS-1000i / SYSMEX)

#### NUMÉRATION GLOBULAIRE

Hématies	:	4 420 000	/mm <sup>3</sup>	(3900000 - 5300000)	3760000 /mm <sup>3</sup> (20/01/2022)
Hémoglobine	:	11.7	g/dL	(11.5 - 13.5)	10.2 g/dL (20/01/2022)
Hématocrite	:	32.4	%	(32 - 40)	28.5 % (20/01/2022)
V.G.M.	:	73.3	fL	(72 - 87)	75.8 fL (20/01/2022)
C.C.M.H.	:	36.1	g/dL	(31 - 37)	35.8 g/dL (20/01/2022)
T.C.M.H.	:	26.5	pg	(24 - 30)	27.1 pg (20/01/2022)
Leucocytes	:	8 680	/mm <sup>3</sup>	(5000 - 17000)	16470 /mm <sup>3</sup> (20/01/2022)

#### FORMULE LEUCOCYTAIRE

P. Neutrophiles	:	41.2	%	3 576 /mm <sup>3</sup>	(1500 - 8500)	68.3 % (20/01/2022)
P. Eosinophiles	:	7.0	%	607 /mm <sup>3</sup>	(0 - 500)	0.5 % (20/01/2022)
P. Basophiles	:	0.3	%	26 /mm <sup>3</sup>	(0 - 150)	0.1 % (20/01/2022)
Lymphocytes	:	39.1	%	3 393 /mm <sup>3</sup>	(1500 - 9500)	17.7 % (20/01/2022)
Monocytes	:	12.4	%	1 076 /mm <sup>3</sup>	(150 - 1500)	13.4 % (20/01/2022)

#### NUMÉRATION PLAQUETTAIRE

Plaquettes	:	406 000	/mm <sup>3</sup>	(193000 - 558000)	459000 /mm <sup>3</sup> (20/01/2022)
------------	---	---------	------------------	-------------------	---

Le 21/10/2022 à 15:34  
Signature  
Dr. Bellahcen Ghislane

Dr. Ghislane BELLAHCEN  
Médecin Biologiste  
LABORATOIRE BIOLOR  
Tél : 05 37 63 63 93



Identifiant du patient : 27118  
Date de naissance : 25/05/2018  
Sexe : M  
Du : 21/10/2022 à 08:06  
Edité le : 21/10/2022 à 15:34

Enfant DAHABI EL YAZID  
Dossier N° : 22590507  
Docteur TAFRAOUTI ANASS  


## BIOCHIMIE

PROTÉINE C RÉACTIVE	:	1.34	mg/l	(< 10)	28.83 mg/l (20/01/2022)
(Dosage Immunoturbidimétrie/SELECTRA ProM)					
URÉE	:	0.24	g/L	(0.13 - 0.43)	
(Dosage Enzymatique 37°C)		3.99	mmol/L	(2.2 - 7.1)	
CRÉATININE SANGUINE	:	3.0	mg/L		
(Dosage Colorimétrique 37°C)		26.52	μmol/L		

Nouveau né : 7 - 10 mg/L  
1ère semaine : 2 - 5 mg/L  
1ère année : 2 - 10 mg/L  
4 à 10 ans : 3 - 8 mg/L  
10 à 14 ans : 4 - 10 mg/L  
Homme adulte : 9 - 13 mg/L  
Femme adulte : 6 - 11 mg/L

Dr. Ghislane BELLAHCEN  
Médecin Biologiste  
LABORATOIRE BIOLOR  
Tél: 05 37 63 63 99

Le 21/10/2022 à 15:34  
Signature  
Dr. Bellahcen Ghislane

2 / 2

**Identifiant du patient :** 27118  
**Date de naissance :** 25/05/2018  
**Sexe :** M  
**Du :** 21/10/2022 à 08:06  
**Edité le :** 22/10/2022 à 10:30

**Enfant DAHABI EL YAZID**

**Dossier N° :** 22590507

**Docteur TAFRAOUTI ANASS**



**EXAMEN CYTO - BACTÉRIOLOGIQUE DES URINES**

**EXAMEN MACROSCOPIQUE**

Prélèvement	:	Hors Laboratoire.
Aspect	:	Clair
Couleur	:	Jaune
Culot	:	Faible

**EXAMEN CHIMIQUE**

pH	:	6
Nitrites	:	Absence
Glucose	:	Absence
Albumine	:	Absence
Acetone	:	Absence

**EXAMEN MICROSCOPIQUE**

(Méthode de cytologie: par méthode microscopique conventionnelle en cellule de comptage.)

Leucocytes	:	2 /mm <sup>3</sup>
Hématies	:	1 /mm <sup>3</sup>
Cylindres	:	Absence
Cellules épithéliales	:	10 /mm <sup>3</sup>
Cristaux	:	Absence
Parasites	:	Absence
Levures	:	Absence

**EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE**

(Interprétation selon les recommandations du référentiel REMIC de la Société Française de Microbiologie.)

Examen direct	:	Négatif.
Examen après culture	:	Négatif.

*Absence de signes bactériologiques d'infection urinaire.*

**Dr. Meryem MAANINOU**  
Médecin Biologiste  
LABORATOIRE BIOLOR  
Tél : 05 37 63 63 93

Le 22/10/2022 à 10:30  
Signature  
Dr. Maaninou Meryem