

## 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.

N° W21-621870

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)		177012	
Matricule : 4638		Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	EL YOUSSEF
Nom & Prénom : EL YOUSSEF		Date de naissance : 08/12/1958	
Adresse : 09, bd Dives, El Aoua, Lot Amal 10000		Tél. : 061541885	
		Total des frais engagés : 10000 Dhs	

Autorisation CNPD N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : / /	
Nom et prénom du malade : YOUSSEF	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même
Nature de la maladie :	<input type="checkbox"/> Conjoint
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.	

C. NINIA  
MUPRAS  
2 SEP 2013  
YOUSSEF  
21 SEP 2013  
Enfant

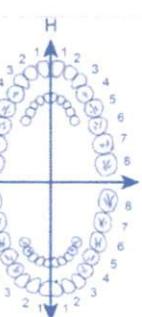
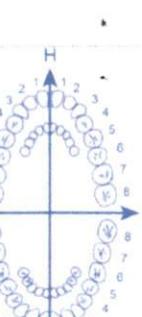
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA

Signature de l'adhérent(e) : 

Le : 21/08/2013

RELEVE 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	
20/04/2023			324653	INF: 0522 36 87 87 - 0522 39 50 10/13 CLINIQUE DU VAD'ANFA 19, Bd. Franklin Roosevelt CASABLANCA Tél: 0522 36 87 87 - 0522 39 50 10/13 Fax: 0522 36 14 39 Montant de la Facture 175,00	
EXECUTION DES ORDONNANCES					
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture			
HARMACHE CLINIQUE ABBAD EL ANDALOUSSI 19, Avenue Driss Slaoui Lot Val d'Anfa Casablanca - Tél: 0522 39 79 41 ICE: 001875041000036	20/04/23	175,00			
ANALYSES - RADIOPHARIES					
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		<b>Dents Traitées</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Nature des Soins</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Coefficient</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>												
		<b>INP :</b> <input type="checkbox"/>														
		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="checkbox"/>														
		<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="checkbox"/>														
		<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="checkbox"/>														
		<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="checkbox"/>														
<b>ODF PROTHÉSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> <td></td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b>          Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	35533411	G	11433553	
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	35533411														
G	11433553															
		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="checkbox"/>														
		<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="checkbox"/>														
		<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="checkbox"/>														
		<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="checkbox"/>														
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>																





BIOCODEX MAROC PPV 67.00 DH

CLINIQUE  
DU VAL D'ANFA



مصحة  
فال أنفا

ME EL ANFA Anas

Casablanca, le 20 - 08 - 2023

BAI 69

Spectrum 500



10g x 2 } x 10g

LOT 230082  
EXP 01/2026  
PPV 131.60DH

PHARMACIE CLINIQUE  
ABBAD EL ANDALOUSI  
19, Avenue Driss Sbaoui Lot 1/21 d'Anfa  
Casablanca - Tel: 0522 39 79 41  
ICE: 00187504 1000036



# DUPLICATA

## مركز التحاليل الطبية للدار البيضاء

Centre d'Analyses Médicales de Casablanca

### NOTE D'HONORAIRES 103909

#### TARIF DE GARDE

LE :	15/09/2023
Analyses effectuées le:	22/08/2023
Référence :	Chambre : 235
Pour.....	V/REF. 103909
Sur prescription du .....	<b>Mr. EL AMARI ANAS</b>
Code.....	Dr. BENAGUIDA
Organisme.....	01CG468
Examens demandés:	CLINIQUE VAL D'ANFA
NFS CRP IONO UREE CRE GLY	



Cotation : ( B 460 ) Montant Net : 1010.00 dh **TARIF DE GARDE**

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

**MILLE DIX Dhs 00 Cts**

Dr. Fadhel EL KATEB

Dr. Taoufik GUISOUMA

3, rue Ibnou Younes ( Rd point Romandie par le Bd Ibnou Sina ) - Casablanca  
Tél.: 05 22 39 25 00 - 05 22 39 25 99 - Fax : 05 22 39 25 88 - E-mail : camclabo@gmail.com

Casablanca, le 13/8/2023

EL HABARIA ANAS

- NFS
- CAP
- FONO
- Urée
- Créa
- Glycémie

CLINIQUE DU VAL D'ANFA  
19, Bd Franklin Roosevelt  
CASABLANCA  
Tél: 0522 35 87 87 - 0522 39 60 10/13  
05 22 39 69 36 / 37  
Fax: 0522 39 14 39

Dr. M. JEDDI - JUIDY  
Professeur d'Anesthésie - Réanimation  
Clinique du Val d'Anfa  
Casablanca



Prélèvement du 19/08/2023 à 17h30

Résultats du 15/09/2023 Edition du 15/09/2023

Code Patient   
22H2307

Référence : 103909--CVA



Nom et Pré. : EL AMARI ANAS

Date naiss. : 01/01/1987

Médecin : BENAGUIDA Mohamed

CVA : CH 235

## RESULTATS D'ANALYSES

Analyses	Résultats	Unités	Normes	Antécédents
----------	-----------	--------	--------	-------------

### NUMERATION SANGUINE

Globules Blancs	11.3	milliers/ µl	4.0 à 10.0
Globules Rouges	5.42	millions/ µl	4.5 à 6.2
Hémoglobine	15.2	g/dl	14.0 à 18.0
Hématocrite	48	%	40 à 54
. VGM	88	µ3	80 à 98
. TMH	28	picog	27 à 32
. CMH	32	%	30 à 36
Plaquettes	292	milliers/ µl	150 à 450

### FORMULE LEUCOCYTAIRE

Polynucléaires Neutrophiles	93	%	45 à 70
. Soit	10509	/ µl	
LYMPHOCYTES	6	%	20 à 50
. Soit	678	/ µl	
Monocytes	1	%	< 10
. Soit	113	/ µl	
Polynucléaires Eosinophiles	0	%	< 5
. Soit	0	/ µl	
Polynucléaires Basophiles	0	%	< 2
. Soit	0	/ µl	

### TESTS IMFLAMMATOIRES

Proteine C Réactive	8	mg/l	< 6
---------------------	---	------	-----

### BIOCHIMIE

Dr. Fadhel EL KATEB

Dr. Taoufik GUISSOUMA  
3, rue Ibnou Younes ( Rd point Romandie par le Bd Ibnou Sina ) Casablanca  
Tél.: 05 22 39 25 00 - 05 22 39 25 99 - Fax : 05 22 39 25 88 - E-mail : camclabo@gmail.com - www.laboratoirecamc.com  
C.N.S.S N° : 7800172 - I.F N° : 40173599 - T.P N° : 35871653 - ICE : 001643746000044 - INPE : 093061786

Prélèvement du 19/08/2023 à 17h30

Résultats du 15/09/2023 Edition du 15/09/2023

Code Patient  22H2307

Référence : 103909--CVA

Nom et Pré. : **EL AMARI ANAS**

Date naiss. : 01/01/1987

Médecin : **BENAGUIDA Mohamed**

CVA : CH 235

Analyses	Résultats	Unités	Normes	Antécédents
Glycémie à jeun	0.77	g/l	0.70 à 1.10	

## BIOCHIMIE (suite)

Urine 0,27 g/l 0,15 à 0,50

Soit  $\mathcal{A}$  un  $\mathcal{A}$ -algèbre et  $\mathcal{B}$  un  $\mathcal{B}$ -algèbre.

Créatinine

Proteinas Totales: 10.8  $\mu$ mol/l

54 g / l

## IONOGRAMME SANGUIN

Sodium 142 mmol/l 135 à 145

Potassium 3.70 mmol/l 3.5-5.2

Chlorures 102 mmol/l 65 à 115

Réserve Alcaline 20 7 10

Calcium 24 mg/100 ml 22 a 30

61 mg %

# CLINIQUE VAL D'ANFA

MULTIDISCIPLINAIRE  
19 , Bd Franklin Roosevelt  
Tél(212)522368787(LG) Fax(212)522391439

## F A C T U R E

N° : 1926 / 2023 du 19/08/2023

Nom patient **EL AMARI ANAS** Entrée 19/08/2023  
PAYANT Sortie 20/08/2023

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
SEJOUR NORMAL	1.00		1 200.00	1 200.00
INJECTION	1.00	K	100.00	100.00
ACCOMPAGNANT	1.00		200.00	200.00
			<i>Sous-Total</i>	1 500.00
PHARMACIE	1.00		376.53	376.53
			<i>Sous-Total</i>	376.53
<b>Total Clinique</b>				<b>1 876.53</b>

PR M.BENAGUIDA/F.TAZI (reanimateur)	2.00	K	300.00	600.00
			<i>Sous-Total</i>	600.00
LABO CAMC (analyses )	1.00		770.00	770.00
			<i>Sous-Total</i>	770.00
<b>Total Autres prestations</b>				<b>1 370.00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de : TROIS MILLE DEUX CENT QUARANTE-SIX DIRHAMS CINQUANTE-TROIS CENTIMES	<b>Total</b>	<b>3 246.53</b>
--	--------------	-----------------

PAYÉ PAR CHÈQUE  
N° : 2736100  
Sur DHS  
Pavé en Espèces  
Le... 20/08/2023

CLINIQUE DU VAL D'ANFA  
19 , Bd Franklin Roosevelt  
CASABLANCA  
Tél: 05 23 68 78 70 05 23 68 50 10 13  
05 22 39 69 37 05 23 68 56 37  
Fax: 05 23 68 14 39

## COMPTE RENDU D'HOSPITALISATION

### IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom et Prénom : Mr. EL FARHARI HANES  
Date de naissance : \_\_\_\_\_  
Matricule : \_\_\_\_\_  
Date d'entrée : 18/12/2013 date de sortie : 20/12/2013

### HOSPITALISATION

Réanimation du ----- au -----  
Soins intensifs du ----- au -----  
Séjour normal du ----- au -----

### MOTIF D'HOSPITALISATION

Maladie virale  
Maladie abdominale  
Sang

### ANTECEDENTS :

RVS

### Conclusion examen clinique initial :

Tableau de gastro-entérite  
afro

### Explorations para cliniques :

hypertonie artérielle non la plus  
signes d'endocrino pathologie

**Evolution pendant le séjour :**

.....  
.....  
.....

*fluide*

**Prescription d'ordre thérapeutique :**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

*Rehydratation*  
*Antibiotiques*  
*Analgésique et antihistaminique*  
*Antihistaminique*

**Diagnostic de sortie :**

.....  
.....  
.....

*Syndrome fléché après*

**Prescriptions établies à la sortie du patient :**

.....  
.....  
.....

Date :

**Pr. M. BENAGUIDA**  
Professeur d'Anesthésie Réanimation  
Clinique du Val d'Anfa  
**signature et cachet du médecin**



**NB**

\*joindre éventuellement une photocopie des comptes rendus établis par les médecins Spécialistes, précisant la date de l'examen ou actes opératoires

Le : 19/08/2023

Références

1926 / 230820111141003016  
PAYANT

Entrée / Sortie : 19/08/2023 - 20/08/2023

Le Pr M.BENAGUIDA/F.TAZI

présente à Mr EL AMARI ANAS

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de  
600.00 Dhs (SIX CENTS DIRHAMS)

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

Pr M. BENAGUIDA  
Professeur d'anesthésie - Réanimation  
Clinique du Val d'Anfa  
CASABLANCA  
Cachet et signature

ANNEXE PHARMACIE

Nom patient	EL AMARI ANAS	N° Facture :	1 926	5429RE-001
Produit		Quantité	Prix Unitaire	Montant
ANDOL 1G EN PERF (01)		1	18.80	18.80
CHLORURE SOD 9% 500MLX1 EN PERF (01)		2	21.00	42.00
CIPROPROJECT 2MG/ML/50		3	45.12	135.36
CLOPRAM 10MG/2ML/10AMP		4	1.39	5.56
NO SPA40MG/5AMP		1	4.00	4.00
OMEPRAZOLE NORMO 40mg INJ (01)		1	29.90	29.90
Sous-Total médicaments				235.62
BANDE DE GAZE 10CM*3 (001)		1	10.00	10.00
PERFUSEUR (001)		1	13.50	13.50
SERINGUE 10CC (001)		4	3.70	14.80
VENFLON G22 (001)		2	18.70	37.40
VENFLON G24 (001)		1	18.70	18.70
Sous-Total consommable médical				94.40
(*) Conditionnement hospitalier			Total pharmacie	330.02

CLINIQUE DU VAL D'ANFA  
 19, Bd. Franklin Roosevelt  
 CASABLANCA  
 Tél: 0522 36 87 87 - 0522 39 60 10/12  
 05 22 39 69 36 / 37  
 Fax : 0522 39 14 39

**CLINIQUE VAL D'ANFA**  
MULTIDISCIPLINAIRE  
19, Bd Franklin Roosevelt  
Tél(212)522368787(LG) Fax(212)5223914

Casablanca

### BILLET DE SORTIE

Nom du patient : **EL AMARI ANAS**

Chambre : **NA**

Médecin traitant **M.BENAGUIDA/F.TAZI**

Prise en charge **PAYANT**

Date entrée **19/08/2023**

Date sortie **20/08/2023 09:04**

Le caissier

L'infirmier

Le major

Billet de sortie établi par :IMANE 15/09/2023 09:54 230819155429RE-001

CLINIQUE VAL D'ANFA  
19, Bd. Franklin Roosevelt  
CASABLANCA  
Tél: 0522 36 87 87 - 0522 39 60 10/12  
05 22 39 69 35 / 37  
Fax : 0522 37 14 76

Lot :

EXP :

PPV (DH) :

28/05

VOGALENE®  
MÉTOPIMAZINE

0.1%

Vaporisable

Solution buvable

150 ml