

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 :

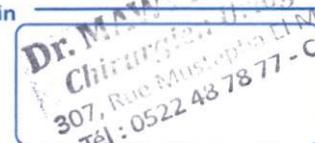
- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

N° W21-805365

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : 9437	Société : RAT	<input type="checkbox"/> A
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : Nne ADGHOGHI Dalila Ep. TAZI		
Date de naissance :		
Adresse :		
Tél. : 0662846632	Total des frais engagés : #1962,50 Dh	
Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
 Dr. M. HAMID Hamid Chirurgien Urologue 307, Rue Mustapha El Maâni Tel: 0522 48 78 77 - CASA		
Date de consultation : 10-06-2023	Age :	
Nom et prénom du malade :		
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfan
Nature de la maladie : lithiasique		
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'att. médecin conseil de la Mutuelle.		
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.		
Fait à : Casa Le : 07/07/2023		
Signature de l'adhérent(e) :		



VOLET ADHÉRENT

BELEVE 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
Le 10-06-2013	62	300.00		DR MAWI Chirurgien Rue Mustapha 78 77-CASABLANCA

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10/16/23	62,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
 RADIOLOGIE ANNUAL Oncologie & Diagnostique du Réseau ICE: 001614006000053 111, 3d Annual 20-09-06 E-mail: DE-51-57-11-53	24/6/13	Scan V.R.	16000.00

AUXILIAIRES MEDICAUX

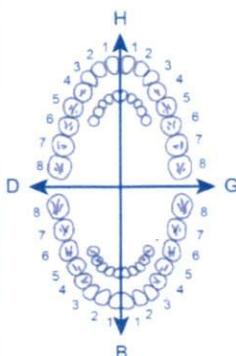
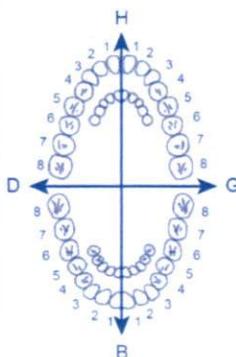
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan d

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 <input type="text"/>														
		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
		(Création, remont, adjonction) 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'EXÉCUTION

Dr. Hamid MAWFIK

Maladies et Chirurgie des reins et de
l'appareil urinaire - Stérilité masculine
Impuissance sexuelle - Lithotripsie - Circoncision



Ancien Professeur Assistant au CHU Bnou -Rochd

الدكتور حميد موفيق

اختصاصي في أمراض الكلية
والمسالك البولية - العقم الجنسي
الأمراض التالسلية - تقنيات الحصى - الختان
أستاذ مساعد سابق بكلية الطب بالدار البيضاء

Casablanca, le

10.06.2023 الدار البيضاء، في

Dr. HADGHOORI Daktar

M.:

lithiasis
urinary tract
urology

DR. MAWFIK Hamid
Chirurgien Urologue
307, Rue Mustapha El Maâni
Tél : 0522 48 78 77

RADIOLOGIE
MAMMOGRAPHIE
ANGIOGRAPHIE
CANCEROLOGIE
IMAGERIE
Tél: 05 22 86 09 99
Fax: 05 22 86 09 99
Cell: 06 63 57 42 60

Dr. Hamid MAWFIK

Maladies et Chirurgie des reins et de
l'appareil urinaire - Stérilité masculine
Impuissance sexuelle - Lithotripsie - Circoncision



Ancien Professeur Assistant au CHU Bnou -Rochd

L/T 230542 1
EXP 02 2026
PPV 62,50 / 50

planca, le 10-06-2023 الدار البيضاء، في

الدكتور حميد موفق

اختصاصي في أمراض الكلى
والمسالك البولية - العقم الجنسي
الأمراض التنايسية - تقنيت الحصى - الختان
أستاذ مساعد سابق بكلية الطب بالدار البيضاء

9-06-2023: Doktor

62,50 SV
mis pos 8
10% x 15 j

Dr. MAWFIK Hamid
Chirurgien Urologue
307, Rue Mustapha Mâani
Tél : 0524 48 78 77 - CSA

Pharmacie Mamounia
Dr. AGOUMI OUZZANI Henda
20, Place Sidi Meo Belvedere
Casablanca / Tél : 0522 24 56 42



Dossier N° :200623-029

Page : 2 / 2

Mme ADGHOGHI DALILA

Albumine	:	Négatif	
SANG	:	Positif +	
Acetone	:	Négatif	
Glucose	:	Négatif	
Pigments biliaires	:	Négatif	
Densité	:	1,025	(1 - 1,03)
PH	:	6,00	(4,5 - 7,5)
EXAMEN MICROSCOPIQUE:			
Leucocytes	:	3 3000 élts/mm ³ elt/ml	(Inférieur à 10) (Inférieur à 10000)
Hématies	:	37 37000 élts/mm ³ élts/ml	(Inférieur à 10) (Inférieur à 10000)
Cellules épithéliales	:	Absence	
Cristaux	:	Absence	
Cylindres	:	Absence	
Trichomonas vaginalis	:	Absence	
Levures	:	Absence	
Parasites	:	Absence	
Culture Bactériologie et ou Mycologie :			
Résultat	:	Absence d'infection urinaire ou de colonisation	

Numération de germes : < 10³ ufc/ml

Nous vous remercions de votre confiance et vous souhaitons un bon rétablissement

A:b/P:K
V:s/L:

Biogiste assistante

Compania de Tabaco de Cuba S.A.
Our Name
M. BENAZCOURT
R.D. Abricots Cun Rabies E. Cuba - C. 1
Tel. 05 22 03 10-60/61 Fax: 05 22 93 11
Patente: 36051078
ICE: 001084129 X 11 1995 716
IE: 1084129

A circular stamp with the text "LABORATOIRE GÉNÉRAL A. ABOUABDI" around the top edge and "Casablanca" at the bottom. The center contains the address "161, Avenue El Djeffara, Casablanca, MOROCCO" and the phone number "TEL : 34651078 - T.C.E : 001084109000063".

BIOCHIMIE - HEMATOLOGIE - BACTERIOLOGIE - VIROLOGIE - IMMUNOLOGIE - PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE - FERTILITE

NB : (*) = paramètre accrédité شارع أم الربيع ، الالفة ، أمانة مقى الخطوط الملكية المغربية ، اقامة أبواب أم الربيع ، عمارة تاس ، الدار البيضاء

Bd. Oum Rabiaâ - El Oulfa - (en face siège R.A M) - Résidence Abouâb Oum Rabiaâ, Imm. "C" - Casablanca

E-mail : genelab2@gmail.com - Tél. : 0522 93 10 60 / 61/ 0522 90 59 37 / 0661 76 30 68 - GSM WhatsApp : 06 76 84 52 02 - Site web : www.Lbmrnerielab.com

Dr. Hamid MAWFIK

Maladies et Chirurgie des reins et de
l'appareil urinaire - Stérilité masculine
Impuissance sexuelle - Lithotripsie - Circoncision

Ancien Professeur Assistant au CHU Bnou -Rochd



الدكتور حميد موفيق

اختصاصي في أمراض الكلية
والمسالك البولية - العقم الجنسي
الأمراض التنسالية - تقويت الحصى - الختان
أستاذ مساعد سابق بكلية الطب بالدار البيضاء

Casablanca, le 10-06-2023
الدار البيضاء، في
نـ ADG06H1
DALILA

Groupage Sanguin

- T.P
- TCK
- Urée
- Crétatine
- NFS
- PSA Totale
- PSA Libre
- Glycémie à jeun
- Lonogramme sanguin
- Spermogramme + culture
- Bilan Lipidique
- Transaminases
- Dosage FSH LH
- Sérologie chlamydie et mycoplasme
- UCBU + culture
- Bilan Phosphocalcique
- Acide Urique serique
- CRP
- Autres

aboratoire GENELAB "Oum Rabii"
200623-029



DGHOGHI DALILA
N : 07/22/1967

Dr. MAWFIK Hamid
Chirurgien Urologue
307, Rue Mustapha Mââni Angle Rue d'Agadir 1er étage - Casablanca
Tél.: 05 22 48 78 77 - En Cas D'urgence Appeler Clinique Casablanca : 05 22 92 28 28

307, Rue Mustapha Mââni Angle Rue d'Agadir 1er étage - Casablanca
Tél.: 05 22 48 78 77 - En Cas D'urgence Appeler Clinique Casablanca : 05 22 92 28 28

Casablanca, le 24 Juin 2023

DR MAWFIK HAMID

MME. ADGHOGHI DALILA

COMPTE RENDU

IRO SCANNER SANS INJECTION

Indication :

- Patiente de 56 ans, lithiasie rénale droite.
 - Présentant une douleur lombaire droite.

Technique :

- Acquisition hélicoïdale sans injection de contraste iodé.
 - Reconstruction axiale avec 1,25 mm épaisseur jointive.
 - Reconstructions 3D et MIP.

Résultat :

- Les reins sont de taille et de situation normales, de contours réguliers, sans dilatation des cavités excrétrices, pas de lithiase rénale identifiable.
 - Les uretères apparaissant fins et réguliers.
 - Vessie en semi-réplétion, au contenu homogène et à paroi fine.
 - Surrénale d'aspect normal.

Par ailleurs :

- Foie de taille normale, de contours réguliers, sans lésion focale visible.
 - Pas d'anomalie des voies biliaires.
 - Aspect normal du pancréas et de la rate.
 - Absence d'épanchement péritonéal.
 - Pas d'adénopathie profonde.
 - Utérus d'aspect scannographique normal.
 - Absence d'anomalie osseuse visible.

Au total :

- Pas d'anomalie décelable au niveau de l'appareil urinaire.
- Pas de lithiasse rénale identifiable.

NB : ci-joint un CD de l'examen.

DR A. BELHAJ SOULAMI

F A C T U R E

N° de l'admission : 23005663 N° Facture : 23005545 Date facturation : 26/06/2023

Nom et prénom du patient : **DALILA ADGHOGHI**

Convention : **PAYANT MUPRAS (RAM)**

Traitements : **Examen radiologie**

Entrée: 24/06/2023 Sortie: 26/06/2023

PRESTATIONS	Nombre	Prix unitaire	Montant	
SCAN URO				1 280.00
		Sous-Total		1 280.00
PRESTATIONS EXTERNES	Nombre	Prix unitaire	Montant	
DR BELHAJ SOULAMI ABDELILLAH				320.00
		Sous-Total		320.00

RETIENUE HONORAIRE :

MÉDECIN	Taux (%)	Montant	Montant de retenu	
DR BELHAJ SOULAMI ABDELILLAH	10	320.00		32.00
		Sous-Total		32.00

arrêtée la présente facture à la somme de : Mille six cents dirhams	Total : 1 600.00
	Part patient 1600.00

Notre compte bancaire :

Adhérent : MME ADGHOGHI DALILA
Mle : 0009437
PC N°

