

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.

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° P19- 056552

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1781 Société : R.A.T.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : BOUZIAO KEBIRA
Date de naissance : 23/09/1950
Adresse : 332 Bd Bourdeaux CASA Bourgogne
MAROC
Tél. : 0662191910 Total des frais engagés : 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 : Trouble unilatéral du bras appareil

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 : 20/09/2021

Signature de l'adhérent(e) :

Bouziao

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
08/09/22	C2		1500H	<i>Docteur Hamza EL MEV</i> Urologue - Sexologue Tél: 06 56 20 62 06 INPE: 0091186478

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>صيدلية تماروت</i> Pharmacie Tamarout Dr. BENKIRANE Douma 4, Rue Tamarout - Bourgogne Casablanca - Tél. 05 22 26 76 16	15/09/2022	462,500

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>Dr. Hicham SATOR</i> Médecin Radiologue INPE: 011189917 LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALS BORDEAUX 280 Bd Bordeaux - 33C, Bourgogne Casablanca Tél: 0522 22 29 67 / Fax: 0522 22 29 67 laboratoirebordeaux@gmail.com	09/09/2022	B: 150	209000H

AUXILIAIRES MEDICAUX

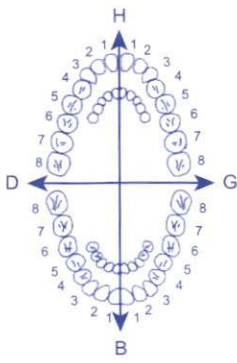
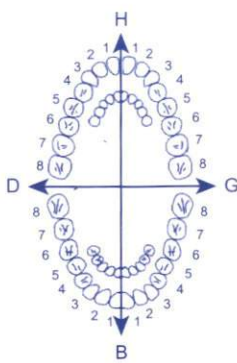
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX												
				MONTANTS DES SOINS												
				DEBUT D'EXECUTION												
				FIN D'EXECUTION												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</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	G	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	G														
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	B															
				MONTANTS DES SOINS												
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS												
				DATE DE L'EXECUTION												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



الضمان الاجتماعي
الطبيب - الممرض

CNSS
Le devoir de vous protéger

وصفة
ORDONNANCE



درب غلف
DERB GHALLEF

LOT 210764
EXP 103 2024
PPV 6 50

15/09/2024

Mme Bouzriad Mehna

6250 Chrispas



صيدلية تامعروف
Pharmacie Tamaarouft
Dr. BENKIRANE Dounia
4, Rue Tamaarouft - Bourgogne
Casablanca - Tél. 06 22 26 36 16

150 x 315

092064558

Docteur Hamza EL NEIL
Urologue-Sexologue
Tél.: 06 56 20 62 06
INPE: 0091186478



وصفة
ORDONNANCE



Le 28/09/2014

M^{me} Bou Ziad Kenna

Docteur Hamza EL NEIL
Urologue-Sexologue
Tél.: 06 56 20 62 06
INPE: 0091186478

104 DIX

Cystinat 50

28 + 21 j plv 2 mois

Pharmacie Tamaa'ouft
DR. BENKIRANE DOU
Casablanca - Tél. 05 22 26 54 16

Docteur Hamza EL NEIL
Urologue-Sexologue
Tél.: 06 56 20 62 06
INPE: 0091186478



وصفة
ORDONNANCE



Le 08/09/21

Mme Bouzgrad Kabine

ECB4

Laboratoire d'Analyses Médicales Bordeaux
Dr. E.J-JENNANE Zineb
Médecin Biologiste
280 Bd. Bordeaux RDC Bourgogne-Cote
Tél.: 0522 22 30 37 - Fax: 0522 22 29 62
Tél.: 0522 22 30 37 - Fax: 0522 22 29 62
RC: 422030

Docteur Hamza EL NI
Urologue-Sexologue
Tél.: 06 56 20 62 86
INPE: 0091186478



وصفة
ORDONNANCE



04

Le

21/09/21

M^{me} Bouzid

Docteur Hamza EL NE
Urologue-Sexologue
Tél.: 06 56 56 20 27
INPE: 0091186478

présente une suggestion

Faire des gynécologie
et urologie.

Docteur Hamza EL NE
Urologue-Sexologue
Tél.: 06 56 56 20 27
INPE: 0091186478

POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef
Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux
20100 CASABLANCA
Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-863020
INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058

N° IPP : 1239736	N° SEJOUR : 210071446	FACTURE N° 2102017958		DATE D'ENTREE : 08/09/2021		DATE DE SORTIE : 08/09/2021					
ASSURE :		UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :		DESTINATAIRE : BOUZIAD,Kabira							
MALADE : BOUZIAD,Kabira											
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 :											
TIERS PAYANT 2 :											
REF. PC 1 :		REF. PC 2 :									
NATURE DE PRESTATION		LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1 % / Dh MONTANT		TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT		PART DU MALADE % / Dh MONTANT	
CONSULTATION DE MEDECIN.		CS	1.00	150.00	150.00					0.00 150.00	
CONSULTATION DE SPÉCIALISTE											

Intervenant : 09022017 DR EL NEIL HAMZA UROLOGUE	TOTAUX :	150.00						150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DHS		PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
		REMISE :	0.00	REGLE :	150.00		AVOIR:	
		RESTE DU:	0.00					
DATE FACTURE : 08/09/2021	EDITEE LE : 08/09/2021	PAR: SAAD	ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA			N° DE POLICE :		DATE AT :			
			Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef					
			BANQUE : BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA					
			N° compte bancaire : 011 780 0000 70 210 00 60 028 31					





LABORATOIRE BORDEAUX

LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES BORDEAUX

مختبر التحاليل الطبية بوردو

Dr. Zineb EJ JENNANE : Médecin Biologiste

Biochimie
Bactériologie

Hématologie
Parasitologie

Hémostase
Mycologie

Immunologie
Virologie

Hormonologie
Biologie de la reproduction



Dossier : 2109090033
Prélèvement du : 09-09-2021
Edition : 10-09-2021

Mme BOUZIAD Kebira
Né(e) le 23-09-1950
Code Patient 2105290013
Médecin

BACTERIOLOGIE-PARASITOLOGIE

EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES

Date de recueil	09-09-2021
Type de recueil	2ème jet
Lieu de recueil	Au laboratoire
Aspect	Clair
Culot	Culot faible

Examen chimique (recherche)

Sucre	Recherche négative
Protéines	Recherche négative
Acétone	Recherche négative
Nitrites	Recherche négative
pH (potentiel hydrogène)	6

Densité	1.020	16-06-2021 1.015
---------	-------	---------------------

Examen microscopique

Leucocytes	8 000 / ml	(0-10 000)	4 000
Hématies	6 000 / ml	(<1 000)	1 000
Cellules épithéliales	Absence		
Cylindres	Absence		
Cristaux	Absence		
Levures	Absence		
Trichomonas	Absence		
Examen direct	Absence de germes		

Culture

(Cultures sur milieux de CLED)

Cultures

< 10³ UFC/ml. Cultures stériles après 24h d'incubation à 37°C.

Demande validée biologiquement par : Dr. Zineb EJ JENNANE

Prélèvement à domicile sur rendez-vous : 06 71 45 29 04

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES BORDEAUX



Dr. EJ JENNANE ZINEB : Médecin Biologiste

280, Bd Bordeaux, RDC - 20040 - CASABLANCA

Tél : 0522 22 30 37 / 08 08 35 31 54 Fax : 0522 22 29 62

Site web: www.labobordeaux.com Email: laboratoirebordeaux@gmail.com

TP : 35460318 IF : 15269526 RC : 422030 INPE : 093061190 ICE : 000232167000019

FACTURE N° : 210900110

Casablanca le 09-09-2021

Mme BOUZIAD Kebira

Demande N° 2109090033

Date de l'examen : 09-09-2021

Analyses :

Récapitulatif des analyses

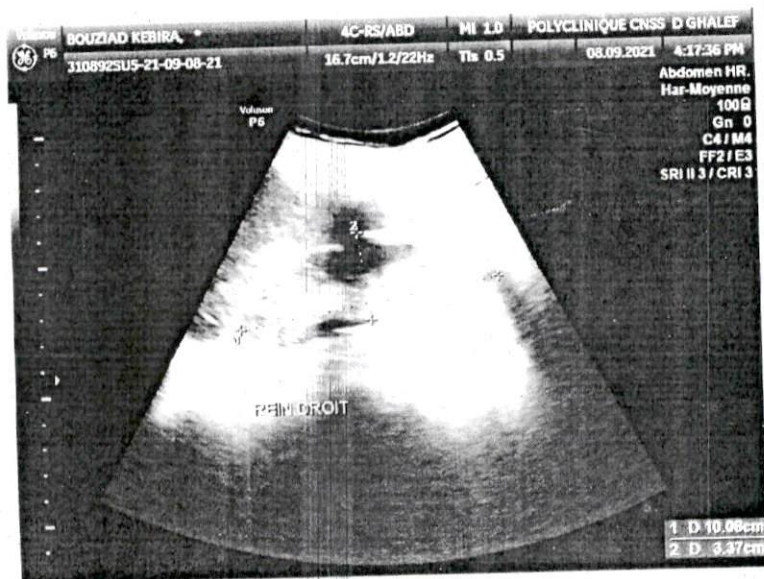
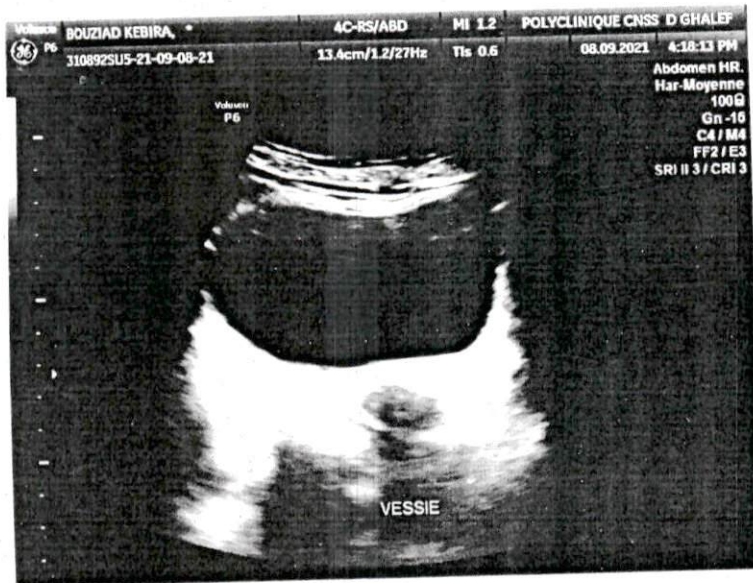
CN	Analyse	Val	Clefs
0241	Cytologie, culture, identification	B90	B
0242	Antibiogramme	B60	B

Total des B : 150

TOTAL DOSSIER : 200.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : deux cents dirhams

Laboratoire d'Analyses Médicales Bordeaux
Dr. EJ-JENNANE Zineb
Médecin Biologiste
280, Bd. Bordeaux RDC Bourgogne-Casa
Tél : 0522 22 30 37 - Fax : 0522 22 29 62
TP : 35460318 - RC : 422030





INPE 090001512
ICE 001757364000080

Polyclinique
Derb-Ghalef

☐ I.R.M
(1.5 Tesla)

☐ Scanner
(Corps Entier)

☐ Radiologie
Numérique

☐ Echo-Doppler
(Couleur)

مصلحة الفحص بالأشعة

SERVICE DE RADIOLOGIE

Casablanca le : 08.09.2021

Patient (e) : BOUZIADKEBIRA

Médecin prescripteur : DR HAMZA EL NEIL

ECHOGRAPHIE RENO-VESICALE

- Reins de taille normale, de contours réguliers, bien différenciés, sans dilatation des cavités excrétrices.
- Absence d'image de lithiase rénale.
- Vessie pleine sans lésion endoluminale ou pariétale.
- Absence d'épanchement rétro péritonéal.

CONCLUSION :

- Echographie réno-vésicale sans anomalie.

Dr SATOR

POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef
Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux
20100 CASABLANCA
Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-863020
INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058

N° IPP : 1239780	N° SEJOUR : 210071498	FACTURE N° 2105046298		DATE D'ENTREE : 08/09/2021		DATE DE SORTIE : 08/09/2021					
ASSURE :		UF: 5002 URGENCES N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG :		DESTINATAIRE : BOUZIAD,Kebira							
MALADE : BOUZIAD,Kebira											
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 :											
TIERS PAYANT 2 :											
REF. PC 1 :		REF. PC 2 :									
NATURE DE PRESTATION		LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1 % / Dh		TIERS PAYANT 2 % / Dh		PART DU MALADE % / Dh	
ACTES DE RADIOLOGIE						MONTANT		MONTANT		MONTANT	
ECHOGRAPHIE		ECHOGR	1.00	200.00	200.00					0.00	200.00

Intervenant : 01062017 DR SATOR HICHAM RADIOLOGUE	TOTAUX :	200.00						200.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :		PLAFOND PC :						ACOMPTE:
DEUX CENTS DHS		REMISE :		0.00	REGLE :	200.00		AVOIR :
		RESTE DU :		0.00				
DATE FACTURE : 08/09/2021	EDITEE LE : 08/09/2021	PAR: IMANE	ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA			N° DE POLICE :		DATE AT :			
			Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef			
			BANQUE :		BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA			
			N° compte bancaire :		011 780 0000 70 210 00 60 028 31			