

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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.

Éducation :

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 canaux, 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 canaux.

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° M21- 0057565

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8372 Société : RAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 89323

Nom & Prénom : ATBIB Fouzia

Date de naissance : 01/01/1966

Adresse : 7 rue NASSIR ADINE BO ALJAWIDA
IN A APPAT NAAR

Tél. : 0668466040 Total des frais engagés : 221,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR ZEMMAMA LOTFI
45 Bd Bir Anzarane
C 05 22 25 03 73
GSM 06 61 14 99 86
Fax : 05 22 25 13 00
Email : zol2@livre.fr
CE : 601463417895

Date de consultation : 11 OCT 2021

Nom et prénom du malade : ATBIB Fouzia Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : 188 cugli, Cyste

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) :

[illegible]

Signature du Médecin
avant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	4/2/2021	310,70

0920572

[illegible]

Cachet et signature du
Laboratoire et du Radiologue

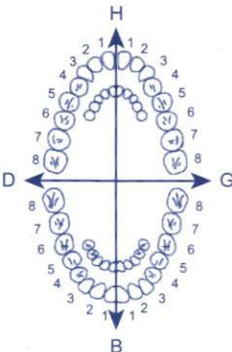
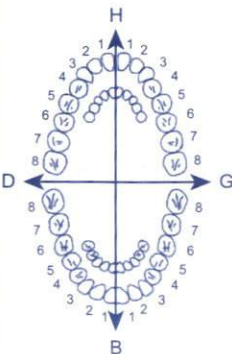
[illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

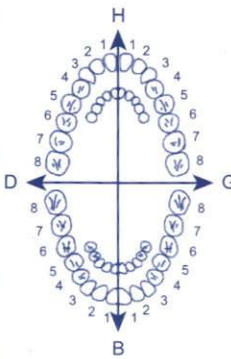
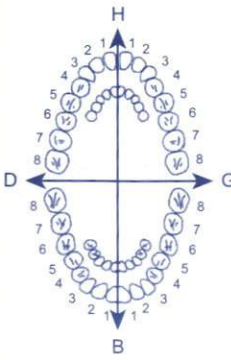
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan

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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </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																	
	(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

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

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			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <p>D</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>G</p> </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Zemmama Omar Lotfi
LAUREAT DE LA FACULTE
DE MEDECINE DE CASABLANCA



الدكتور زمامة عمر لطفي
خريج كلية الطب
بالدار البيضاء

Casablanca, Le 11 OCT. 2021

الدار البيضاء في

Mme ATBIB BELCASSE فوزية

139,70

1

Zinnat 200

1 cp 2 x j ap 400

62,50

20)

Unispas

1 cp 3 x j

56,60

130)

STILNOX

1/2 cp/j le sou

40)

Sinecra

54,40

1

saletaur 371

310,70



Mme BENNIS Zineb
Pharmacie Yacoub El Mansour
45 Bd Bir Anzarane - Casablanca
Tel: 05 22 25 03 73

DR ZEMMAMA O LOTFI
45 Bd Bir Anzarane
C: 05 22 25 03 73
GSM: 06 61 14 99 86
Fax: 0522251300
Email: zol2@live.fr
CE: 0034534177

45, Bd. Bir Anzarane - Casablanca
TEL : 05 22 25 03 73
Fax : 05 22 25 13 00
GSM: 06 61 14 99 86
E-mail: zol2@live.fr

RAPPORTER L'ORDONNANCE

45، شارع بئر انزان الدار البيضاء
الهاتف : 05 22 25 03 73
الفاكس : 05 22 25 13 00
المحمول : 06 61 14 99 86
البريد الإلكتروني: zol2@live.fr



Casablanca, Le 11 OCT. 2021

الدار البيضاء في

Non / Prénom

Mme ATBIB Fouzia

Sex : H ☐

F ☒

Hématologie

- ☐ NFS
☐ Plaquettes
☐ VS
☐ GRP
☐ Hémoculture

Bilan Martial

- ☐ Fer Sérique
☐ CTF
☐ Ferritine
☐ Transferrine

Hémostase

- ☐ Temps de Prothrombin
☐ TCK
☐ Fibrinogène
☐ Transferrine
☐ INR

Glucose

- ☐ Glycémie à jeûne
☐ Hyperglycémie par VO
☐ Hémoglobine glyquées

Lonogramme Sanguin

- ☐ NA +
☐ K +
☐ CL +
☐ Ca ++
☐ Phosphore
☐ Mg ++
☐ Bicarbonates (HCO3-)
☐ Urée
☐ Créatinine
☐ Acide urique

Bilan Lipidique

- ☐ Cholestérol total
☐ Cholestérol HDL
☐ Cholestérol LDL
☐ GRP
☐ Triglycérides

Fonction hépatique et enzymologie

- ☐ Amylasémie
☐ Bilirubine Libre et conjuguée
☐ Phosphatase acides
☐ Phosphatase alcalines
☐ Lactate déshydrogénase LDH
☐ Transaminases ASTA ,ALAT
☐ Gamma-GT
☐ 5Nucléotidase
☐ CPK(Crétine phosphokinase
☐ Troponine
☐ Electrophorèse des Protéines EPP
☐ BNP

Lonogramme Sanguin

- ☐ Ca ++
☐ Phosphore
☐ NA +
☐ K +
☐ CL +
☐ Ca ++
☐ Urée
☐ Créatinine

Examen des Urines

- ☐ Protéinurie des 24h
☒ ECBU
☒ Antibiogramme

Autre

- ☐ TSH, T3, T4
☐ Vit D
☐ Examen Parasitologique des selles (3) avec coproculture

Groupe Sanguin

- ☐ ABO
☐ Rhésus
☐ RAI

Sérologie et immunologie

- ☐ ABO
☐ Rhésus
☐ RAI

Sérologie et immunologie

- ☐ VDRL -TPHA
☐ Hépatite B
☐ Antigène HBS
☐ Anticorps Anti-Hbs
☐ Anticorps Anti-Hbc
☐ Anticorps Anti-Hbe
☐ Hépatite
☐ Anticorps Anti-HVC

- ☐ Sérologie Toxoplasmose
☐ Sérologie Rubéole
☐ HCG Plasmaticque

- ☐ Facteur Rhumatoïde:
☐ (Latex,Waaler Rose)
☐ Anticorps Anti-DNA natif
☐ ASLO
☐ Dosage du Complément

45, Bd. Bir Anzarane - Casablanca

TEL : 05 22 25 03 73

Fax : 05 22 25 13 00

GSM : 06 61 14 99 86

E-mail : zol2@live.fr

RAPPORTER L'ORDONNANCE

45, شارع بئر أنزاران الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 25 03 73

الفاكس : 05 22 25 13 00

المحمول : 06 61 14 99 86

البريد الإلكتروني : zol2@live.fr

LABO SOCRATE
Rue Socrate, Imm C N°4 - 20 000 Casablanca
Tél.: 0522 23 34 03 / 0522 23 34 65 - Fax: 0522 23 34 65
Email : labo.socrate@menara.ma

DR ZEMMAMA O LOTFI
45 Bd Bir Anzarane
C : 05 22 25 03 73
GSM : 06 61 14 99 86
Fax : 05 22 25 13 00
Email : zol2@live.fr
ICE : 0034634177895

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES SOCRATE

Résidence Masurel ,Angle Rue Socrate et Bd Yacoub EL Mansour IMM C N°4 –
CASABLANCA

Tél : 0522 23 36 03. Fax : 0522 25 85 08 - PATENTE : 35804986- CNSS : 6478417
BP 19078021211 507790200 18 18. AGENCE YACOUB EL MANSOUR CASABLANCA
IF 44409091 ICE 000114556000027 INP 0093001964

Dr. Abdellatif LOUDGHIRI

Pharmacien Biologiste

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Bactériologie–Biochimie–Hématologie

Mycologie - Parasitologie – Virologie

FACTURE N° : 210006454

CASABLANCA le 11-10-2021

Mme Fouzia ATBIB

Demande N° 211011A032

Numéro de l'adhérent :

Numéro de prise en charge :

Date de l'examen : 11-10-2021

Analyses :

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
	Examen cyto bactériolo des urines	B120	B

Total des B : 120

TOTAL DOSSIER : 160.80DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : cent soixante dirhams quatre-vingts centimes

LABO SOCRATE
Rég. Masurel, Rue Socrate, Imm C N°4 - 20000 Casablanca
Tél.: 0522 23 36 03 / 0522 25 85 08
Email : labo.socrate@menara.ma

211011A032 – Mme Fouzia ATBIB
Date de l'examen : 11-10-2021

ANTIBIOGRAMMES

Germe testé

Origine:

Ampicilline

Amoxicilline-Ac.clavulanique

Cefalexine

Céfixime

Cefipime

Ceftriaxone

Norfloxacin

Les souches sensibles à la Norfloxacin, sont sensibles aux autres Fluroquinolones.

Ciprofloxacine

Gentamicine

Cotrimoxazole

Colistine

Ertapénème

Escherichia coli

URINE

RESISTANT

RESISTANT

RESISTANT

Sensible

Sensible

Sensible

RESISTANT

RESISTANT

Sensible

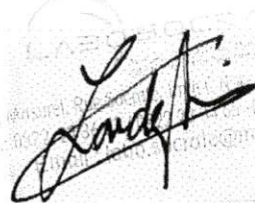
Sensible

Sensible

Sensible

Sensible

Dossier validé biologiquement par : Docteur Abdellatif LOUDGHIRI



Code Patient : 140326A024
Date de l'examen : 11-10-2021

Saisie le 11-10-2021 11:32

Mme Fouzia ATBIB
Réf : 211011A032
Prescription : Dr omar lotfi zemmama

BACTERIOLOGIE

EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES (CBU)

ASPECT:	Trouble
Albumine:	POSITIVE +
Sucre:	Négative
Acétone:	Négative
pH:	6 (7-8)
Cellules épithéliales :	Rares

EXAMEN CYTOLOGIQUE

Leucocytes :	>1 000 000 /ml	(0-10 000)
Hématies :	20 000 / ml	(0-1 000)
Cylindres :	Absence	
cristaux:	Absence	
TRICHOMONAS	Absence	
Levure	Absence	
Examen direct :	BACILLE GRAM NEGATIF	

EXAMEN BACTERIOLOGIQUE

Cultures sur milieu selectifs :	POSITIVES
Numération 1 :	10 ⁵ UFC/ml
Germe 1 :	<i>Escherichia coli</i>