

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 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° W21-671007

113052

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

6240

Société :

RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

SRHIER OUADI

Date de naissance :

14-06-1960

Adresse :

Tél. :

0633058153

Total des frais engagés :

372

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Hôpital Universitaire International Centre de
Pr. RABII Redouane
Urologie Transplantation-Renal
BORDJ

Date de consultation :

25/04/2022

Nom et prénom du malade :

SRHIER OUADI

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Infection urinaire

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 :

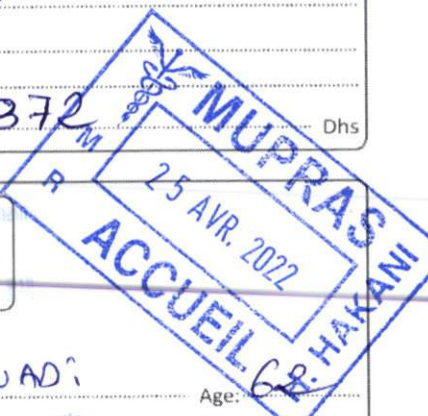
Le :

15/04/2022

Signature de l'adhérent(e) :

SRHIER

Autocrisation CNDP N° : A-A-2115/2019



| 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 |
| 15/04/22 | CS | | C.T. | INF : 092037705 8 |
| 19/04/22 | CS | | C.T. | |

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|--|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| Pharmacie des Éléments Dr. BOUJOUR 34, Rue Ibnou Jann - Bourgogne Tél: 0522 20 90 44 - Casablanca | 15/04/22 | 192,00 |

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES | | | |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
| Tél: 05.29.09.02.33 E-mail: labo@labo-33.ma | 15/04/22 | B0/150 | 180,00 |

| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | | | |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

| | | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|--|--|--|---|--|----------|----------|----------|----------|---|--|----------|----------|----------|----------|---|--|-------------------------|--|
| | | | | | MONTANTS DES SOINS | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | DEBUT D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | FIN D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 colspan="2">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 | G | | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | | COEFFICIENT DES TRAVAUX | |
| H | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| G | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | MONTANTS DES SOINS | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | DATE DU DEVIS | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | DATE DE L'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | | | | | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | | |

وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

15/04/2022

Monsieur SRHER

OUADI

192.00 Pyostacine 500mg

02 Cp le matin
02 Cp le soir



PHARMACIE DES ENFANTS
Dr. S. EL HACHIMI
34, Rue Ibnou Jafir - Bourgogne
Tél.: 0522 20 90 44 - Casablanca

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Dr. EL FATIMI ABDELATIF
Médecine physique et readaptation
0522 7077

INPE091037m



وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

25/04/2022

M^r SHER OUAJ

ECBUAT

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Dr. RABII Redouane
Urologie - Transplantation-Rénale

Laboratoire de Biologie
Tél : 05 29 05 02 33
e-mail : labo@hck.ma

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

N° : 2204151355542320 / 1 / 0

| Numéro admission | Nom du patient | Date encaissement |
|------------------|----------------|-------------------|
| 2200490650 | SRHIER OUADI | 15/04/2022 |

| Mode paiement | Références du paiement | Montant Dhs |
|-------------------------|------------------------|-------------|
| CarteB | 8694 | 180,00 |
| PAYANT | Total payé | 180,00 |
| CENT QUATRE-VINGTS DIRH | | |

Reçu établi par : SALJAR

Journal de Référence
20.05.02.33
Signature

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° : 47285 / 2022 du 15/04/2022

| | | | |
|-------------|--------------|--------|------------|
| Nom patient | SRHIER OUADI | Entrée | 15/04/2022 |
| | PAYANTS | Sortie | 15/04/2022 |

| Désignation des prestations | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire | Montant |
|-----------------------------|--------|------------|---------------|---------|
| EXAMENS BIOLOGIE | 1,00 | B0150 | 180,00 | 180,00 |
| | | | Sous-Total | 180,00 |
| Total Clinique | | | | 180,00 |

| | | | |
|---|--------------------------------|-------|--------|
| Arrêtée la présente facture à la somme de : | | Total | 180,00 |
| CENT QUATRE-VINGTS DIRHAMS | | | |
| 0006240 | SRHIER OUADI 20221040015032 | | |

Tel : 05 29 03 53 45
Fax : 05 22 89 28 54
N° INP 090061862, N°ICE 001740003000026

Client bioMérieux :

LABORATOIRE NATIONAL DE REFERENCE
Rapport graphique

Imprimé 17 avril 2022 20:35:27 WET

Nom du patient : SRHIER, Ouadi

ID du patient : 22043026

Lieu :

Médecin :

ID labo : 22043026

Numéro d'isolat : 1

Numération : >1000<10 000 cfu/mL

Germe sélectionné : *Enterobacter cloacae* complex

Site d'infection CC: Urine

Source :

Prélevé :

Commentaires :

Souche productrices de bêta-lactamases à spectre élargi (BLSE)

| | | |
|-----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|
| Informations sur l'identification | Heure de l'analyse : 4.83 heures | État : Final |
| Germe sélectionné | 91% Probabilité | <i>Enterobacter cloacae</i> complex |
| | Profil biochimique : | 2625735753773010 |
| Commentaires sur l'Ident. | | |

| | | | | | |
|---------------------------------|----------------------|----------------|--------------------------------|--------|----------------|
| Résultats Antibiotogramme | Heure de l'analyse : | 9,22 heures | État : Final | | |
| Antibiotique | CMI | Interprétation | Antibiotique | CMI | Interprétation |
| Ampicilline | | | Ertapénème | 1 | R |
| Amoxicilline/acide clavulanique | | | Imipénème | 0,5* | S |
| Urine | ≥ 32 | R | Amikacine | ≤ 2 | S |
| Ticarcilline | ≥ 128 | R | Gentamicine | ≤ 1 | S |
| Pipéracilline/tazobactam | ≥ 128 | R | Ciprofloxacine | ≤ 0,25 | S |
| Céfalexine | ≥ 64 | R | Tigecycline | | |
| Céfoxitine | ≥ 64 | R | Fosfomycine | | |
| Céfotaxime | ≥ 64 | R | Triméthoprimé/sulfaméthoxazole | ≤ 20 | S |
| Ceftazidime | ≥ 64 | R | | | |

*= Modification AES **= Modification Utilisateur

| | |
|---------------|-----------------------------|
| Résultats AES | |
| Fiabilité : | Concordant après correction |

Laboratoire National de Référence
Tél : 05.29.05.02.33
labn@rdm-hc.tn