

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

*COMPLÉMENT*  
**Déclaration de Maladie**  
M22- 0017662  
Juzuus

<b>Cadre réservé à l'adhérent (e)</b>	<b>Matricule :</b> 6940	<b>Société :</b> RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
<b>Nom &amp; Prénom :</b> AOUAD		KHANID
<b>Date de naissance :</b> 19/10/1957		
<b>Adresse :</b>		
<b>Tél. :</b> 0651 480668		Total des frais engagés : ..... Dhs

<b>Cadre réservé au Médecin</b>	<b>Cachet du médecin :</b> 	
<b>Date de consultation :</b> ..... / ..... / .....		
<b>Nom et prénom du malade :</b> .....		
<b>Lien de parenté :</b>	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
<b>Nature de la maladie :</b> .....		
<b>Affection longue durée ou chronique :</b> <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> ALC		
<b>Pathologie :</b> .....		
<b>En cas d'accident préciser les causes et circonstances :</b> .....		
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 : 23/12/2022 Casa Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : 

.....

**Siège social**

83, avenue de l'Armée Royale - Casablanca - Maroc

Tél. : 05 22 31 21 63 - 05 22 31 01 69 - Fax : 05 22 31 38 84

S.A. au Capital de 1.796.170.800 de DH - R.C. 15.207 - C.N.S.S. 111.6666

PATENTE : 35101950 - I.F. 01084830 - ICE : 001530601000041

Entreprise régie par la loi n° 17-99 portant code des assurances

www.rmaassurance.com

**FEUILLE DE DECOMPTE DESTINEE A L'ASSURE**

Employeur	BPEC						Page 1/1
Assuré	EL HABZI CHADIA			Ref (C / V)	09906541		
N° Affiliation	00402080 00 000007			N° Externe	-		
Personne soignée	EL HABZI CHADIA			Date ouverture	22/11/2022		
N° sinistre	2022006 00			Date règlement	24/11/2022		
Nature de la maladie	-						
Nature des Prestations	Cotation M.T	Cotation N.A.P	Vous avez payé	Base de Remboursement	Taux de Remboursement	Montant de Remboursement	
CONSULT.SPEC.	0	0	300.00	300.00	80.00	240.00	
LABO-ANAL	0	0	95.40	95.40	80.00	76.32	
RADIOGRAPHIE	1	0	2300.00	2200.00	80.00	1760.00	
<b>TOTAL</b>			<b>2695.40</b>	<b>2695.40</b>		<b>2076.32</b>	
1-1: RÈGLEMENT EFFECTUÉ CONFORMEMENT A LA NOMENCLATURE DES ACTES PROFESSIONNELS							Montant A Rembourser
							<b>2076.32</b>

# F A C T U R E

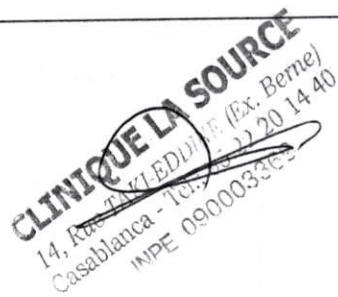
N° : 4542 / 2022 du 10/11/2022

Nom patient EL HABZI CHADIA Entrée 10/11/2022  
PAYANT Sortie 10/11/2022

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
UROSCANNER +PDC 2	1,00	AVEC INJECT	2 300,00	2 300,00
<b>Total Clinique</b>				<b>2 300,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :

DEUX MILLE TROIS CENT DIRHAMS	<b>Total</b>	<b>2 300,00</b>
-------------------------------	--------------	-----------------





# الفحص بالأشعة - مصحة الماء

## RADIOLOGIE CLINIQUE LA SOURCE

-SCANNER SPIRALE 16 B : UROSCANNER, COLOSCOPIE VIRTUELLE, ABDOMINAL,  
PELVIAN, THORAX, CRANE, OSTEO-ARTICULAIRE, ORL.

-ECHOGRAPHIE AVEC DOPPLER COULEUR, RADIOLOGIE CONVENTIONNELLE NUMERISEE

Casablanca, le

10/11/2022

Nom prénom : EL HABZI CHADIA

Nature de l'examen : UROSCANNER

Examen demandé par : Dr. MEZIANE

Indication :

Hématurie.

Technique :

Acquisition volumique en mode multibarette avec une collimation millimétrique couvrant l'appareil urinaire, à blanc, au temps artériel, veineux et au temps tardif excrétoire.

Reconstruction dans un plan frontal et sagittal.

Résultats :

Les reins sont en place, de taille normale et de contours réguliers sans lithiase ni dilatation des cavités pyélocalicielles.

Rehaussement cortical habituel au temps artériel et veineux.

Les uretères sont fins et perméables.

Les méats urétéraux sont libres.

Vessie de plage homogène et de paroi régulière.

Pas d'épaississement ni végétation faisant saillie dans la lumière vésicale.

Pas d'adénopathie profonde.

Pas d'ascite.

Pas d'anomalie hépatobiliaire ou pancréatique.

Rate homogène de taille normale.

Discarthrose L4-L5 et antélisthésis de L4/L5, en rapport avec une lyse isthmique.

On note également une hémisacralisation droite de L5.

En conclusion :

Uroscanner sans et après injection du PDC ne révélant pas d'anomalie notable.

A signaler,

Discarthrose L4-L5.

Antélisthésis de L4/L5, en rapport avec une lyse isthmique.

Hémisacralisation droite de L5.

Dr A. SOUHAYL

Dr Abdeltif SOUHAYL

Radiologue

Clinique la Source

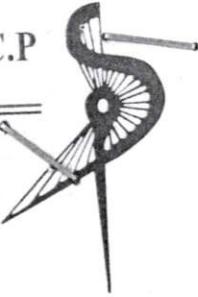
14, Rue Taki-Eddine Qu. Des Hôpitaux

Casablanca - Tél. : 05 22 20 14 40

# CLINIQUE LA SOURCE - S.C.P

Docteur MEZIANE EL MAHDI  
Docteur MEZIANE MUSTAPHA  
Docteur MEZIANE ANAS  
Docteur MEZIANE AMINE

Chirurgiens Urologues



# مصحة الماء

الدكتور مزيان المهدى  
الدكتور مزيان مصطفى  
الدكتور مزيان أناس  
الدكتور مزيان أمين

جراحة المسالك البولية التنايسية 09/11/2022

Casablanca, le :

Mme EL HABZI CHADIA

جراحة المسالك البولية التنايسية  
UROLOGIE  
endo-urologie  
lithotritie  
جراحة العامة والمنظارية  
CHIRURGIE GENERALE  
COELIO-CHIRURGIE  
جراحة الأطفال  
CHIRURGIE PEDIATRIQUE  
جراحة النساء  
CHIRURGIE GYNECOLOGIQUE  
الإنعاش وجميع  
الإختصاصات الطبية  
REANIMATION ET TOUTES  
SPECIALITES MEDICALES  
مركز تفتيت الحصى  
CENTRE DE LITHOTRIPSIE  
EXTRACORPORELLE  
مركز الفحص بالأشعة  
CENTRE DE RADIOLOGIE  
SCANNER  
RADIOLOGIE STANDARD

14، زنقة نقي الدين (برن سابقا) حي المستشفيات 20 000 الدار البيضاء - Casablanca  
14, Rue Taki Eddine (Ex.Berne) Quartier des Hôpitaux - Casablanca -  
Tél. : 05 22 20 14 40 / 41 - GSM / WhatsApp : 06 62 05 10 35-Fax : 05 22 20 13 99  
www.cliniquelasource.ma - E-mail : contact@cliniquelasource.ma  
RDV de Consultation d'Urologie(1er Etage) -Tél.: 05 22 20 14 42 / 43  
S.C.P. - I.F.:14415714 - C.N.S.S.:9428120 - T.P.:36335867

Dr. MEZIANE ANAS  
Chirurgien Urologue  
Clinique La source  
CLINIQUE LA SOURCE  
GARA-T61. 022 201440  
14, Rue TAKI EDDINE  
Casablanca - Tel: 03 22 20 14 40  
INPE: 090063369



# LABORATOIRE UNIVERSITAIRE D'ANALYSES MEDICALES

المختبر الجامعي للتحاليل الطبية

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

Dr. Moundir SOUHAMY

Spécialiste en Biologie et Analyses Médicales

د. منذر سهامي

اختصاصي في البيولوجيا والتحاليل الطبية



le 09/11/2022

Dossier N° : 091122-012

Nom : Mme EL HABZI Chadia

Demandé par Dr : MEZIANE ANAS

Pvt du: 09/11/2022 9:59

Page : 1 / 1

## BIOCHIMIE

	Valeurs Usuelles	Antériorité
Urée	0,30 g/l	( 0,15 - 0,45 )
Créatinine	6,67 mg/l	( 6 - 12 )

Nous vous remercions de votre confiance



Prélèvement à domicile sur rendez vous

N° 15, Rue Sebta, Quartier des hôpitaux - Maârif - Casablanca - Tél.: 05 22 20 37 10 - Fax : 05 22 48 07 32  
Email : [laboratoire.universitaire@gmail.com](mailto:laboratoire.universitaire@gmail.com)

RC : 384175 - IF : 24843059 - CNSS : 5669843 - Patente : 36342321 - ICE : 00197241200010

# LABORATOIRE UNIVERSITAIRE D'ANALYSES MEDICALES

Dr. Moundir SOUHAM

N°15, rue Sebta, Quartier des hopitaux - Maarif Téléphone :05 22 20 37 10 / Fax :05 22 48 07 32  
E-mail : laboratoire.universitaire@gmail.com

## Facture

Casablanca , le 09/11/2022

N° facture 2022-2230

Date 09/11/2022 09:59:00

Mme EL HABZI Chadia

Code Acte	Designation Acte	Cotation	Montant
UREE	Urée	30	40,20
CREA	Créatinine	30	40,20
Montant Prélèvement			15,00
Total des cotations B			60
Total à payer en dirhams			95,40

Arrêtée la présente facture à la somme de : Quatre-vingt-quinze dirhams 40 centimes\*\*\*





ORDONNANCE

Casablanca, le : 09/11/2022

جراحة المسالك البولية التناسلية

UROLOGIE

endo-urologie العلاج المنظاري  
lithotritie تفتيت الحصى

جراحة العامة والمنظارية  
CHIRURGIE GENERALE  
COELIO-CHIRURGIE

جراحة الأطفال  
CHIRURGIE PEDIATRIQUE

جراحة النساء  
CHIRURGIE GYNECOLOGIQUE

الإنعاش وجميع  
الاختصاصات الطبية  
REANIMATION ET TOUTES  
SPECIALITES MEDICALES

مركز تفتيت الحصى  
CENTRE DE LITHOTRIPSIE  
EXTRACORPORELLE

مركز الفحص بالأشعة  
CENTRE DE RADILOGIE

SCANNER  
RADIOLOGIE STANDARD

EL HABZI CHADIA

Faire SUP

Une créatinémie

Dr. MEZIANE ANAS  
Chirurgien Urologue  
Clinique la source - Casablanca  
Tél : 05 22 20 14 40



زنقة تقي الدين (برن سايقا) هي المستشفيات 20 000 الدار البيضاء - 14

Tél. : 05 22 20 14 40 / 41-Fax : 05 22 20 13 99 - www.cliniquelasource.ma - E-mail(Administration) : contact@cliniquelasource.ma - E-mail(Médical) : info@cliniquelasource.ma

RDV de Consultation d'Urologie(1er Etage) - Tél.: 05 22 20 14 42 / 43

S.C.P. - I.F.:14415714 - C.N.S.S. :9428120 - T.P. :36335867

## Partie réservée au praticien traitant

Nom et Prénom du malade : EL HABTI chAdia

Date de naissance : .....

Nature de la maladie : Affection urinaire

En cas d'accident : .....  
 (préciser causes et circonstances) .....  
 .....  
 DR. MEZIANE ANAS  
 Chirurgien Urologue  
 Clinique la source - Casa  
 Tel.: 05 22 20 14 40

## Nature des prestations

Praticien	Date	Acte et coefficient	Ordonnance	Honoraires	Cachet et signature du praticien
Médecin traitant	09/11/22 C.	300 00	Dr. MEZIANE ANAS Chirurgien Urologue Clinique la source - Casa Tél.: 05 22 20 14 40		
Auxiliaires médicaux					
Analyses et radiographies	10/11/22	100 00	100 00	100 00	100 00

Handwritten notes and stamps at the bottom:

- Stamp: "Assurances Médicales" (Circular stamp with a grid pattern)
- Stamp: "DR. MEZIANE ANAS" (Circular stamp with a grid pattern)
- Stamp: "15 Rue de la Source" (Circular stamp with a grid pattern)
- Stamp: "Casablanca" (Circular stamp with a grid pattern)
- Stamp: "Laboratoire Berne" (Circular stamp with a grid pattern)
- Stamp: "INPE 040003300" (Circular stamp with a grid pattern)
- Stamp: "LA SOURCE" (Large rectangular stamp with a grid pattern)
- Handwritten numbers: 860, 85, 90, 230 DH, 200 40

## Pharmacie

Factures	
Date	Montant

Signature & cachet

## Recommandations importantes

- Etablir une déclaration par personne et par maladie.
- La déclaration doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives (ordonnances médicales, résultats des examens de radiologie et laboratoire).
- Joindre à la déclaration de maladie les vignettes ou à défaut les prospectus et le P.P.M. concernant les médicaments.
- Lorsque la personne malade bénéficie d'un régime de prévoyance, l'assuré devra remettre à l'assureur les photocopies des pièces justificatives et l'original du décompte de règlement délivré par cet organisme.
- En cas d'hospitalisation médicale ou chirurgicale : joindre une facture détaillée et dûment acquittée sur laquelle devra être précisé l'ensemble des prestations.
- Délai de remise des pièces : toutes les pièces concernant une maladie ou un accident doivent être remises à l'assureur trois mois au plus tard après la cessation des soins.
- Toute fausse déclaration est passible des sanctions prévues par la loi n°17-99 portant code des assurances.

→ Toute réclamation doit être formulée au plus tard dans un délai de deux mois.

# Partie réservée à RMA

## Date(s) de réception du courrier

1	2	3	4

## Identification

N° du sinistre

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

CP

## Ordonnancement

I.C.

D.D

D

C.C

## Siège social

83, avenue de l'Armée Royale - Casablanca - Maroc  
Tél. : 0522 31 21 63 - 0522 31 01 69 - Fax : 0522 31 38 84  
SA au capital de 1.796.170.800 DH - Entreprise régie par la loi n° 17-99 portant code des assurances  
[www.rmaassurance.com](http://www.rmaassurance.com)



ROYALE  
MAROCAINE  
D'ASSURANCE

تصريح بالمرض

## Déclaration de maladie

### Type de déclaration



Maladie



Maternité



Optique



Clinique



Traitements spéciaux

N° d'affiliation

\_\_\_\_\_

Intermédiaire : .....

Souscripteur :

B.PEC

Cachet du souscripteur :

N° de police :

Adresse : 74 Rue Jean Janes  
Casab

### Renseignements concernant l'assuré(e)

Nom et prénom :

CHAIDIA EL HABZI

Adresse :

B.PEC

### Renseignements concernant le malade

Nom et prénom :

CHAIDIA EL HABZI

Lien de parenté : MM

Montant des frais engagés : 2395,40

DHS.....

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration

Fait à Casab, le 11/22 Signature de l'assuré(e)