

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

M22- 0058788

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7375 Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : WAHBI MOHAMED

Date de naissance : 01/03/1967

Adresse : Habituelle

Tél. : 0663 111743 Total des frais engagés : 1800 + 193, 12 + 274 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr HANNOUTI
Médecin Anesth.
INPE : 9120327

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : LaTifa Baid Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : Casablanca

Le : 05/04/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 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
19/03/2023	son la fath	100	18000 DHS	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie AMAN 315 Dr. Houda Aman Bd. TAH Rue 17 N° 10 et 12 Hay Osro II - Ain Chock Casablanca - Tel: 0522 48 43 42 Fax: 0522 48 43 42	14/03/23	103,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Laboratoire Morizgo d'Analyses Médicales Dr Rachid NOUR Biologiste - Tél: 097164487 46bis, Rue des Hôpitaux, Quartier des Hôpitaux Casablanca - Tel: 0522 48 43 42 Fax: 0522 48 43 42	18/03/2023	B-164	274.00 DHS

AUXILIAIRES MEDICAUX

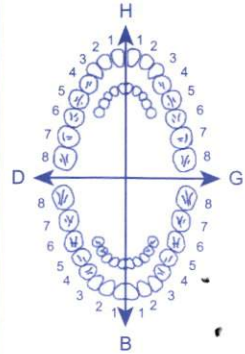
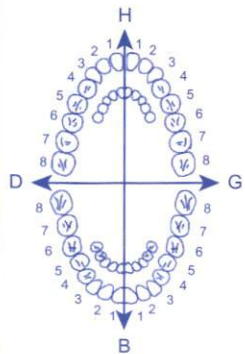
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B	B																
	[Création, remont, adjonction]		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
	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'EXECUTION

ORDONNANCE

Casablanca le : 14/03/2023

58,30 N° Lolifa BRAID
1/ Megosfan (S.V.)

1eq x 3 j

22,40 x 2 = 44,80
2/ Conoflucon (S.V.)
= 103,10

Pharmacie AMAN
Dr. Houda Aman
Bd. TAH Rue 17, N° 10 et 12
Hay Osra II - Ain Chock
Casablanca - Tél. 0522 52 47 00

1 pl J



Dr. HANNIOU Siham
Médecin Anesthésiste Réanimateur
INPE : 91220327



ORDONNANCE

Casablanca le : 12/03/2023

Baïd LATIFA

- ECBU

date de naissance.

05/08/1974

CLINIQUE BISMILLAH



060065042 -

FACTURE N° 202300721

CASABLANCA Le : 14-03-2023

page 1 / 1

Identification

N° Dossier : 23C12094417 N°IPP : 002097/23
 Nom & Prénom : Mme BAID LATIFA
 C.I.N. : BH88073
 Date Naissance : 05-08-1974
 Adresse : RES BILAD LKHIR APPT 13 RUE 1 N 9 AIN CHOCK

Organisme : Payant

Période d'hospitalisation

Date Entrée : 12-03-2023
 Date Sortie : 12-03-2023

Médecin traitant

DR. HANNIOUI SIHAM

Traitement

HOSPITALISATION

Prestations	Observation	Qté	Prix U.	L.C.	Coef	Total
INTERVENTION						
CONSULTATION		1	400,00			400,00
Sous Total						400,00
RADIOLOGIE						
UROSCANNER		1	700,00			700,00
Sous Total						700,00
TOTAL PARTIE CLINIQUE						1 100,00
HONORAIRES MEDICAUX						
DR. HANNIOUI SIHAM (ANESTHESIE-REANIMATION)		1	200,00			200,00
DR. HARKANI ABDELGHANI		1	500,00			500,00
Sous Total						700,00
TOTAL PARTIE AUTRUI						700,00
TOTAL GENERAL						1 800,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : **MILLE HUIT CENTS DIRHAMS**

Facture Imprimer par : **LAKOUISS ASSIA**

CLINIQUE BISMILLAH
 Lotissement Hamza Lot 21 Boulevard
 Mohamed VI AIN CHOCK Casablanca
 Tél : 05 22 21 52 21 - 05 22 21 52 22
 Email : clinique.bismillah@gmail.com

CLINIQUE BISMILLAH

NOTE HONORAIRE

DATE ENTREE : 12/03/2023

DATE SORTIE : 12/03/2023

LE:14/03/2023

DR. HANNIOUI SIHAM (ANESTHESIE-REANIMATION)

HONORAIRES : 200,00 Dh (DEUX CENTS DIRHAMS)

PATIENT : MME BAID LATIFA

signé et cacheté

NOTE HONORAIRE

DATE ENTREE : 12/03/2023

DATE SORTIE : 12/03/2023

LE:14/03/2023

DR. HARKANI ABDELGHANI HONORAIRES : 500,00 Dh (CINQ CENTS DIRHAMS)

PATIENT : MME BAID LATIFA

signé et cacheté

DR. HARKANI ABDELGHANI
Medecin Clinicien
N°: 08 10 93 202
Clinique Bismillah

Casablanca le 12/03/2023

Nom et Prénom : BAID LATIFA
Médecin traitant : CLINIQUE BISMILLAH

UROSCANNER

INDICATION :

Douleurs de la vessie et incontinence urinaire.

TECHNIQUE :

Acquisition spiralée sans injection de produit de contraste.

RESULTATS :

Reins en place, de taille normale et de contours réguliers.
Absence de calcul rénal ou urétéral visible.
Cavités pyélocalicielles non dilatées.
Uretères fins et libres.
Vessie en semi-réplétion ne présente pas d'anomalie pariétale ou endoluminale.
Utérus de taille normale de contours réguliers et de densité homogène.
Absence de masse annexielle.
Foie, rate, pancréas et surrénales d'aspect normal.
Vésicule biliaire libre à paroi fine sans dilatation des voies biliaires.
Absence d'adénopathie iliaque ou lombo-aortique.
Absence d'épanchement liquidien au niveau du douglas.
Doute sur un épaississement de la paroi vaginale.

CONCLUSION :

Pas de lithiase urinaire ni dilatation des cavités excrétrices.
Doute sur un épaississement de la paroi vaginale. A confronter à l'examen clinique.

Signé : Dr. HARKANI

Dr. HARKANI Abdelghani
Médecin Urologue
Tél: 05 22 21 52 21 - 05 22 21 52 22



Date du prélèvement : 12/03/2023 à 12:28

Code patient : 230312-0038

Né(è) le : 05/08/1974 (48 ans)



Mme Latifa BAID

Dossier N° : 230312-0038

Prescripteur : CLINIQUE BISMILLAH

BACTERIOLOGIE

EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES

(Cultures sur milieux : CLED et Milieu Chromogènes OXOID)

Recueil : Milieu du jet
Aspect : Légèrement trouble

Recherche biochimique:

pH:	6,5	(6,0-7,5)
Sucre:	Négative	
Proteines:	Négative	
Sang:	Négative	
Acétone:	Négative	
Nitrites:	Négative	

Examen cytologique

Leucocytes :	20 / mm ³	(0-40)
	20 000 / ml	(0-40 000)
Hématies :	6 / mm ³	(0-10)
	6 000 / ml	(0-10 000)
Cellules épithéliales :	Quelques	
Cylindres :	Absence	
cristaux:	Absence	
Examen direct :	Absence de germes	

Examen bactériologique

Cultures : Culture négative

Conclusion: Leucocyturie négative, bactériurie négative : absence d'infection urinaire.

Validé par : Dr. Noureddine RACHID
INPE : 097164487





LABORATOIRE MORIZGO

D'ANALYSES MEDICALES ET BIOLOGIQUES

Adresse: 46 Bis, Rue des Hôpitaux - Porte principale CHU IBN ROCHD Casablanca

Tél. : 05 22 48 43 43 - 05 22 48 43 44 - Fax : 05 22 48 43 42

Email : laboratoiremorizgo@gmail.com

Patente : 36339517 ICE: 002003308000018 INPE: 093062735

IF: 25012189

Dr. Noureddine RACHID

Directeur du laboratoire

Diplômé de l'Université de Médecine et de Pharmacie de Rabat



Casablanca, le : 12-03-2023

Facture N° : 230003494

Date d'analyse : 12/03/2023

Nom et Prénom : Mme Latifa BAID

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
PC	Prélèvement sang adulte	B17	B
DEP	Déplacement	E50	E
0241	Cytologie. Culture. Identification	B90	B
	Antibiogramme	B60	B

Total des B : 167

Montant total de la facture : 274.00Dhs

Arrêtée la présente facture à la somme de : deux cent soixante-quatorze dirhams .

Laboratoire Morizgo d'Analyses Médicales
Dr. Rachid Noureddine
Biologiste - INPE 097164487
46 Bis, Rue des Hôpitaux, Quartier des Hôpitaux
Casablanca - Tél: 0522 48 43 43 Fax: 0522 48 43 42

