

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

N° W21-761274

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **09736** Société : **RAM**

Matricule : **09736** Société : **RAM**

☒ **Actif** ☐ **Pensionné(e)** ☐ **Autre** : **EL HAROUCHI SOVAD**

Nom & Prénom : **EL HAROUCHI SOVAD**

Date de naissance : **13-10-1969**

Adresse : **202593**

Tél. : **0662284942** Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin : **Dr Rahmouni Imane**
Hépatogastro-entérologue
Et Proctologue
INPE:061306155

Cachet du médecin :

Date de consultation : **01/03/2024**

Nom et prénom du malade : **EL HAROUCHI SOVAD**

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

Nature de la maladie : **2**

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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-761274

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : **09736**
Nom de l'adhérent(e) : **EL HAROUCHI SOVAD**
Total des frais engagés : **3464,40**
Date de dépôt : **19/04/2024**

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 01/03/24 | C.A.A | | 3000dh | <p>INPE: 092054865</p> <p>Dr Rahmouni Imrane</p> <p>PHARMACIE DES STADES 2010</p> <p>50, Rue de la Factorie</p> <p>Tel: 05 22 25 49 25</p> <p>RC: 245509 - Pte: 35873067</p> <p>INPE: 092054865</p> |
| 01/03/24 | | | G | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet et signature du Pharmacien | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| <p>PHARMACIE DES STADES 2010</p> <p>50, Rue de la Factorie</p> <p>Tel: 05 22 25 49 25</p> <p>RC: 245509 - Pte: 35873067</p> <p>INPE: 092054865</p> | 11/03/24 | 864,40 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
| <p>PATH-LAB LES HÔPITAUX</p> <p>40, Bd Anoual, Anoual Premium Offices</p> <p>3eme étage, 33, Casablanca</p> <p>Tel: 0522 86 24 25-0665 99 33 88</p> | 01/03/24 | E.C.G | 1000dh |
| | 01/03/24 | P.364 | 400,00 dh |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|--|----------------|--------|-------------|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| <p>Hôpital Privé International de Casablanca</p> <p>40, Bd Anoual, Anoual Premium Offices</p> <p>3eme étage, 33, Casablanca</p> <p>Tel: 0522 86 24 25-0665 99 33 88</p> <p>INPE: 092054865</p> | 01/03/24 | | Non facturé | | | 1800,00 |
| | | | N° 24006293 | | | |

VOLET ADHERENT

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

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 l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|---|------------------|--|--|--|----------|----------|----------|----------|---|--|----------|----------|----------|----------|---|--|--|
| | | | | 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 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 <input type="text"/> |
| | H | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | G | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la prothèse | | | 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



مختبر التشريح المرضي المستشفيات
Laboratoire d'anatomie pathologique les hôpitaux

Dr. Rajaa KARAM
Médecin anatomo-pathologiste

الدكتورة رجاء كرام
طبيبة إختصاصية في علم التشريح المرضي

REÇU N° 0000666

Reçu de Mr. ou Mme SOOAD EL HAROCHI

Montant : 400 DH Dirhams PAYE DH

Pour

Tél. :

Fait à Casablanca le 01/03/24

Cachet et Signature

PATH-LAB LES HÔPITAUX
40, Bd Anoual, Anoual Premium Offices,
3eme étage, N° 33. Casablanca.

✉ Pathlabcasablanca@gmail.com ☎ (+212) 06 65 99 33 88 ☎ (+212) 05 22 86 24 25
📍 40, Anoual Premium Offices, 3ème étage, N° 33. Bd Anoual, Quartier les hôpitaux, Casablanca

Dr RAHMOUNI Imane

Hepato-Gastro-Enterologie

Lauréate de la faculté de médecine de Casablanca
(UM6SS) et de l'université de Paris
Ancien interne du CHU pitié salpêtrière- Paris



د.ة. الرحموني إيمان

اختصاصية في أمراض الكبد والجهاز الهضمي

خريجة كلية الطب محمد السادس
لعلوم الصحة بالدر البيضاء و جامعة باريس
طبيبة سابقة في المستشفى الجامعي بيتي سالتيرير بباريس

Maladies : Oesophage - Estomac - Intestin grêle
Colon - Rectum - Foie - Pancréas - Vesicule biliaire
Oncologie digestive - Nutrition et obésité
Echographie abdominale
Endoscopie diagnostique et interventionnelle
Proctologie (Hémorroïdes, fissure, suppurations anales...)

أمراض: المريء - المعدة - الأمعاء الدقيقة - القولون
المستقيم - البنكرياس - المرارة - الكبد
تشخيص أورام الجهاز الهضمي - التغذية والسمنة
الفحص بالصدى - الفحص وعلاج الجهاز الهضمي بالمنظار
أمراض الشرج

Casablanca le : 11/03/2024 : الدار البيضاء :

Nom et Prénom : Mme EL HAROUCHI SOUAD

Neomox 1 g
Bte 14 comprimés disp.
PPV: 59,90 DH



1 - INEXIUM 40 mg

1 gel x2 le matin et soir , avant le repas, pendant 14 jours

2 - ZYRDOL 500 mg

1 comprimé, 2 fois par jour, après le repas, pendant 14 Jours

3 - CLARIL 500 mg

1 comprimé le matin et le soir, après le repas, pendant 14 Jours

4 - NEOMOX 1 G

1 comprimé, 2 fois par jour, après le repas, pendant 14 Jours

5 - SYSMETIX

1 GEL/j pdt 14 jours

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Flagyl 600 mg cp b 20
P.P.V: 46,50 DH



Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Flagyl 600 mg cp b 20
P.P.V: 46,50 DH



PHARMACIE DES STADES 2010
50, Rue Al Fourat - Casablanca
Tél: 05 22 25 49 25
RC : 245509- Pte.: 35873067
IF: 40436642

سيتي أوفيس، إقامة ميسيمي رقم 58 مكرر، الطابق 4 المكتب 6 D الحي الحسني (موقع KFC أمام مرجان الحي الحسني) - الدار البيضاء
City Office, 58 Bis. Lot. MISSIMI, 4^{ème} étage Appt. D6 Hay Hassani (au dessus de KFC, en face Marjane et McDonald's Hay Hassani) Casablanca

05 22 89 27 66 06 65 14 47 45 Dr.rahmouni.imane@gmail.com

SYNTHEMEDIC
 22 rue zoubair brou al aouam roches
 noires casablanca
INEXIUM
 40 mg Cpr GR
 Boite 14
 641/NSMP/21/ARQ P.P.V.: 115,50DH
 6 118001 020607

SYNTHEMEDIC
 22 rue zoubair brou al aouam roches
 noires casablanca
INEXIUM
 40 mg Cpr GR
 Boite 14
 641/NSMP/21/ARQ P.P.V.: 115,50DH
 6 118001 020607

Claril 500 mg
 Bte 14 comprimés
 PPV: 149,50 DH
 6 118000 191001

Claril 500 mg
 Bte 14 comprimés
 PPV: 149,50 DH
 6 118000 191001

Lot : مجموعة
 Fab : صنع
 EXP : صالح لغاية

1256 02 2023 02 2026
 BIOCODEX MAROC **ULTRA-LEVURE® 250 mg**
 Boîte de 20 gélules
 PPV 60.80 DH

Lot : مجموعة
 Fab : صنع
 EXP : صالح لغاية

1256 02 2023 02 2026
 BIOCODEX MAROC **ULTRA-LEVURE® 250 mg**
 Boîte de 20 gélules
 PPV 60.80 DH



مختبر التشريح المرضي المستشفيات

Laboratoire d'anatomie pathologique les hôpitaux

Dr. Rajaa KARAM

Médecin anatomo-pathologiste

الدكتورة رجاء كرام

طبيبة اختصاصية في علم التشريح المرضي

DEMANDE D'EXAMEN CYTO-PATHOLOGIQUE

Patient

Prescripteur

Nom et prénom :

Fatma ELHARACH

Nom et prénom :

Dr. Rahmouni

Date de naissance :

13/01/1967

N de téléphone :

Hépto-gastro-entérologie

N de téléphone :

E-mail :

City office, 4ème étage, Bureau 403
Tel: 05 22 89 27 66 - 06 65 93 88

Prélèvement

Date du prélèvement :

01/03/2024

Type de prélèvement :

Cytologie

☐ Biopsie

☒ Exérèse

☐ Extemporane

Nombre de flacons :

1F

Siège, organe ou tissus :

Estomac

Renseignements cliniques et paracliniques :

→ Epigastralgies

algues réfractaires aux AIT

Gastrite excrucieuse au

niveau antral

Pot - Biopsie - Duod 1 et 2

Biopsie : Antre + jejunum

Biopsie antérieure :

Oui

☐ Non

☐ Si oui

rappelez la référence SVP :

Frottis de dépistage :

Vagin

☐ Exocol

☐ Endocol

☐ Endomètre

Date des dernières règles :

Traitement hormonal :

Test au Lugol :

Dr. Rahmouni
Hépto-gastro-entérologie
City office, 4ème étage, Bureau 403
Tel: 05 22 89 27 66 - 06 65 93 88

Cachet et Signature

PATH-LAB LES HOPITAUX
40, Bd Anoual, Anoual Premium Offices,
3ème étage, N° 33, Casablanca.
Tel: 0522 86 24 25 - 0665 99 33 88

400PH

(D)

(A)

MUPADJ

06.62.28.49.42



FACTURE

N° : 24006314 Du : 01/03/2024

Patient : SOUAD EL HAROUCHI

Prise en charge : PAYANT(MUPRAS (RAM))

Admission : 01/03/2024

N° Dossier : 24006302

Sortie : 01/03/2024

| Désignations des prestations | Nombre | Lettre clé | Prix unitaire | Prix total |
|------------------------------|--------|------------|----------------|------------|
| CONSULTATION CPA | 1 | | 300.00 | × 300.00 |
| ECG | 1 | | 100.00 | 100.00 |
| | | | Sous-Total | 400.00 |
| | | | Total clinique | 400.00 |

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

Total brut : 400.00
Remise : 0.00
Total net : 400.00

Matricule :

Adhérent :

Part organisme : 0.00

Affiliation :

N° prise en charge :

Part patient : 400.00

CIN : BE518613

Code clinique :

ICE :

Hôpital Privé International de Casablanca
Angle BD Bir Anzarane et Abou Ishak
Shirazi et Rue Ben Jilali, Quartier Maarif
Casablanca
Accueil Consultation 3ème étage
Tél. : 05 22 85 40 80 / 05 22 05 40 40
I.C.E : 082924279000042 - RC: 109051
IF : 50575193 - INPE : 060064839

REÇU AVANCE N° A2402056

Casablanca , Le 01/03/2024 à 10:20

N° Dossier : 24006242

Patient : EL HAROUCHI SOUAD

Titre devis :

| Mode de règlement | Banque | Référence | Echéance | Nom de l'émetteur | Montant DH |
|-------------------|--------|-----------|----------|-------------------|------------|
| Espèces | | | | | 1 800.00 |
| Total | | | | | 1 800.00 |

Montant en toutes lettres : Mille huit cents dirhams

Reçu par :asmaa.a

Signature

Vous êtes priés de conserver ce reçu et de remettre au caissier à votre sortie

Imprimé par :asmaa.a

Service Hébergement
Hôpital Privé International de Casablanca
Angle Bd Bouchara et El Abou Lahak
Shirazi et Rue Casablanca 22 05 40 70
Tél: 00222 22 78 00 00 - Fax: 00222 22 78 00 00
ICE: 100222 22 78 00 00 - RC: 100051
IF: 50575193 - N°E: 000004639

Dr RAHMOUNI Imane
Hepato-Gastro-Entérologue

Lauréate de la faculté de médecine de Casablanca
(UM655) et de l'université de Paris
Ancien interne du CHU pitié salpêtrière- Paris



د.ة. الرحموني إيمان
اختصاصية في أمراض الكبد والجهاز الهضمي
خريجة كلية الطب محمد السادس
لملوم الصحة بالدار البيضاء، وجامعة باريس
طبيبة سابقة في المستشفى الجامعي بيتي سالبترير بباريس

Maladies : Œsophage - Estomac - Intestin grêle
Colon - Rectum - Foie - Pancréas - Vésicule biliaire
Oncologie digestive - Nutrition et obésité
Echographie abdominale
Endoscopie diagnostique et interventionnelle
Proctologie (Hémorroïdes, fissure, suppurations anales...)

أمراض: المريء - المعدة - الأمعاء الدقيقة - القولون
المستقيم - البنكرياس - المرارة - الكبد
تشخيص أورام الجهاز الهضمي - التغذية والسمنة
الفحص بالصدى - الفحص وعلاج الجهاز الهضمي بالمنظار
أمراض الشرج

Casablanca le : 27/02/2024 : الدار البيضاء :

Nom et Prénom : Mme EL HAROUCHES SOUAD

Saisie TO GO

- Age 54 ans
- Epigastralgie récurrente
- Dyspepsie

Dr Rahmouni Imane
Hépatogastro-entérologue
City office, 4^{ème} étage, Bureau D6, Hay Hassani
Tél: 05 22 89 27 66 - 06 65 14 47 45



المستشفى الخاص الدولي للدار البيضاء
HÔPITAL PRIVÉ INTERNATIONAL DE CASABLANCA

HPIC

FACTURE

N° : 24006293 Du : 01/03/2024

Patient : SOUAD EL HAROUCHI

Prise en charge : PAYANT(MUPRAS (RAM))

Admission : 01/03/2024

N° Dossier : 24006242

Sortie : 01/03/2024

| Désignations des prestations | Nombre | Lettre clé | Prix unitaire | Prix total | |
|--|--------|------------|----------------------|------------------|----------|
| FIBROSCOPIE | 1 | | 1 800.00 | 1 800.00 | |
| | | | Sous-Total | 1 800.00 | |
| | | | Total clinique | 1 800.00 | |
| Arrêtée la présente facture à la somme de : Mille huit cents dirhams | | | Total brut : | 1 800.00 | |
| | | | Remise : | 0.00 | |
| | | | Total net : | 1 800.00 | |
| Matricule : | | | Adhérent : | Part organisme : | 0.00 |
| Affiliation : | | | N° prise en charge : | Part patient : | 1 800.00 |
| CIN : BE518613 | | | Code clinique : | | |
| ICE : | | | | | |

Service : Service de Soins
Hôpital Privé International de Casablanca
Angle Bd Bir Anzarane et Abou Ishak
Shirazi et Rue Ben Jilali Quartier Maarif
Tél : 05 22 05 10 80 - 05 22 05 40 70
ICE : 002924279000042 - RC : 119051
IF : 50575193 - INPE : 060064839

ANGLE BD BIR ANZARANE ET ABOU ISHAK SHIRAZI ET RUE BEN JILALI, QUARTIER MAARIF - CASABLANCA

ICE : 002924279000042 RC : 119051 IF : 50575193 IP : 45000681 INPE : 060064839 RIB : 050780004010929193200177

FACTURE

REF FA24000519

Demande **24C0108 01/03/2024**
Médecin traitant **Dr RAHMOUNI IMANE**
Patient **SOUAD EL HAROUCHI**
Date de facturation **08/03/2024**

Liste des examens

Histologie
biopsie gastrique

Montant 400,00 Dh
coefficient-P 364

Arrêtée la présente facture à la somme de quatre cents Dh

PATH-LAB LES HÔPITAUX
40, Bd Anoual, Anoual Premium Offices,
3eme étage, N° 23, Casablanca.
Tél.: 0522 86 24 25-0665 99 33 88