

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, parodontologie 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° W19-497394
N°D: 12119

CA

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10247 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : GEM HIND.

Date de naissance : 01-10-74

Adresse : 18, Lolo KANLIA AIN SEBA

Tél. : 0661237821

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 :

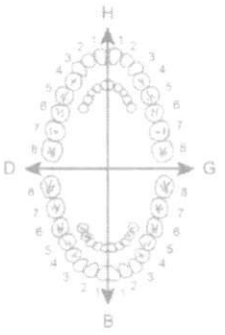
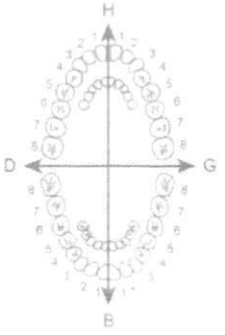
Signature de l'adhérent(e) :

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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	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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">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 colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez 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	Coefficient des travaux															
				Montant des soins															
				Début d'exécution															
				Fin d'exécution															
				Fin de															
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux															
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553			Montant des soins
	H		G																
	25533412	21433552	00000000	00000000															
	00000000	00000000	00000000	00000000															
35533411	11433553																		
(Création, Remont, adjonction)		Date du devis																	
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		Fin de																	

Visa et cachet du praticien
attestant le devis

Visa et cachet du praticien
attestant l'exécution

VOLET ADHERENT		NOM :	Mle
DECLARATION N°		W18-345112	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois			
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			



W18-345112

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle	Signature de l'adhérent Signature de l'adhérent
Nom & Prénom		G. Ziri HIND	
Fonction	ch. de pay	Phones 0661893821	
Mail	Hazine.royalairmaroc.com		
MEDECIN		Prénom du patient	
Adhérent	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant	Age
Nature de la maladie		Date 24/09/2019	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		Date 1ère visite	
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
Abs du ser		voir facture	3315,00 ch
PHARMACIE		Date	
Montant de la facture			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date : 24/09/19	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
24/09/19		600 DH	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date :	
AM		PC	IM
IV		Montant détaillé des Honoraires	



LABORATOIRE DE PATHOLOGIE BOURGOGNE

Dr. Leïla BENKIRAN

DEMANDE D'EXAMEN ANATOMO-CYTOPATHOLOGIQUE

Ordonnance du Docteur : SIBAJ S.

Nom et prénom : SIBAJ Rhinad. Mr ☐ Mme ☒ Mlle ☐ ENF ☐

Age :

Référence :

Siège et nature du prélèvement : maten parturients

Cytologie :

- Frottis de dépistage : - Vagin ☐ Exocol ☐ Endocol ☐ Endomètre ☐

- Date des dernières règles :

- Traitements éventuels :

Renseignements cliniques et paracliniques : Abus de fer

depuis le post-partum

initiation de S.A.S

=> Prélèvement de TAILL

Radiographies : par EX - Am-poth

Date : 24/09/19 Signature :

Dr. SIBAJ S.
Spécialiste En Gynécologie
Obstétrique
205, Bd Aïn Taoujtate - Tél. : 0522.27.85.48

de dimanche,

le fait est évident.

Dr. SIBAT Soummaya

Spécialiste En Gynécologie
Obstétrique

205, Angle 2 Mars - Bd. Hassan II
1er Etg Casablanca Tél : 05 22 50 60 66

Dr. SIBAI Soummaya

Diplômée de la Faculté
de Médecine de Nancy

Spécialiste

en Gynécologie - Obstétrique

Stérilité du Couple

Maladie des seins - Echographie

Tél : 05 22 50 66 66

الدكتورة السباعي سمية

خريجة كلية الطب بنانسي

اختصاصية في أمراض النساء
والولادة

عقم الزوجين

أمراض الثدي - الفحص بالصدى

الهاتف: 05 22 50 66 66

Casablanca, le 10/12/13

Je soussignée D^r SIBAI certifie que
que D^r GZIAI Moud. a présenté un
Abort, du 1^{er} au 2nd dans
le 2h/09/13
le post-opératoire, qui a revêtu
un caractère sans Anesthésie
générale, avec des soins dans
le post-opératoire, et
examen. Bactériologie du post-op



ORDONNANCE

Dr:

SIBAI

Date : 24/09/19

Nom et Prénom du patient :

GZIRI Hind.

Age :

A bés du sein dans le post-
partum

Prisevment à la recherche

BK.

(Tuber culmi?)

Dr. SIBAI
Specialiste en Gynecologie
Obstétrique

Signature

203, Angle 2 Mars
1er Etage Casablanca Tél : 05 22 99 44 44

SIBAI



ORDONNANCE

Dr:

SIBAI

Date :

24/09/19

Nom et Prénom du patient :

C



24/09/2019

91241326

GZIRI HIND Né(e):01/10/1974

Dr. SIBAI SOUMMAYA

Abès du sein, dans le prob-
partum
Prélèvement Bactériologie

Dr. SIBAI SOUMMAYA

Spécialiste En Gynécologie
Obstétrique

208, Angle 24 et 25, Panoramique
Tercig Casablanca Tel: 05 22 50 66 66

Signature

D^r SIBAI

ALHAYAT OASIS CLINIC

Clinique Multidisciplinaire
29 Rue Rostand, Quartier Oasis-Casablanca
TEL: 0522.999.444 / FAX : 0522.254.613 OU 254.504

F A C T U R E

N° 2 401 / 2019 du 24/09/2019

Nom patient : GZIRI HIND

Entrée 24/09/2019

Prise en charge PAYANTS

Sortie 24/09/2019

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS				
FORFAIT	1,00		3 315,00	3 315,00
			Sous-Total	3 315,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS MILLE TROIS CENT QUINZE DIRHAMS

Total 3 315,00

Immatriculation

N° prise en charge :

مصحة الحياتة الواريس
AL HAYAT OASIS CLINIC
N° INP 090061953
29 Rue Rostand, Quartier Oasis
Casablanca Tél : 0522 999 444

رغبت في الدفع
regler par chèque
N° 5988867214
AL HAYAT OASIS CLINIC
29 Rue Rostand, Quartier Oasis
Casablanca Tél : 0522 999 444

otre compte bancaire.....

Pte N°34754061 - Compte N°013780010950019290017148 BMCI HASSAN 2
CNSS 4233739 I.F 15223795 Tél: 0522 999 444 Fax: 0522 254 613 ICE001598208000095

LABORATOIRE DE PATHOLOGIE BOURGOGNE

Dr. BENKIRAN Leïla

14, bd Ain Taoujtate, N°18, 2ème étage. Bourgogne
Tél : 022278548 Fax : 022278564

Patente 356 15070 IF 40530070

F A C T U R E

N° : 1909241747

Du : 24/09/2019

Nom patient : Mme GZIRI HIND

Examens	Cotation(P)	Prix Dhs
KYSTECTOMIE	545	600,00
Total		600,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :
SIX CENTS DIRHAMS

Dr. BENKIRAN Leïla
Laboratoire de Pathologie Bourgogne
14, bd Ain Taoujtate N° 18 - 2ème étage
Bourgogne - Casablanca
Tél : 0222 78 54 88 Fax : 0222 78 56 44



مختبر التحليلات الطبية بدر

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES BADR

Diplôme d'Etudes Spécialisées de Biochimie, Hématologie, Immunologie, Parasitologie, Mycologie, Bactériologie, Virologie.
Certificat de biologie cellulaire et moléculaire • Certificat de Biologie de la reproduction

Dr Abdelkrim BENKIRANE

- Pharmacien Biologiste
- Diplômé de la faculté de PARIS
- Ancien interne et assistant des hôpitaux de PARIS.

Madame GZIRI HIND

Monsieur SIBAI

Réf. : 1911308

Dossier ouvert le : 24/09/19

Prélèvement effectué à 17:48

Page : 2

- Edition du : 11/12/19

ANTIBIOGRAMME

Nature du germe : *Staphylococcus aureus*

Origine du prélèvement : PUS

PENICILLINES

Amoxicilline	Sensible	Amoxil, Clamox, A -Gram, Hiconcil ...
Amoxi + Ac.clavulanique	Sensible	Augmentin
Oxacilline	Sensible	Bristopen, Staphymycine

AMINOSIDES

Netilmicine	Sensible	Netromicine
Kanamycine	Sensible	Kamycine
Gentamicine	Sensible	Gentalline
Tobramycine	Sensible	Nebcine

QUINOLONES

Ciprofloxacin	Sensible	Ciproxine, Ciflox
---------------	----------	-------------------

MACROLIDES

Erythromycine	Sensible	Ery, Erythrocin, Propiocrine ...
Pristinamycine	Sensible	Pyostacine
Lincomycine	Sensible	Lincocine, Clomicine ...

SULFAMIDES

Triméthoprim + Sulfamide	Sensible	Bactrim
--------------------------	----------	---------

STEROÏDIQUES

Acide fusidique	Résistant	Fucidine
-----------------	-----------	----------

RIFAMYCINES

Rifampicine	Sensible	Rifadine, Rimactan
-------------	----------	--------------------

AUTRES

Vancomycine	Sensible	Vancoline
-------------	----------	-----------



مختبر التحليلات الطبية بدر

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES BADR

Diplôme d'Etudes Spécialisées de Biochimie, Hématologie, Immunologie, Parasitologie, Mycologie, Bactériologie, Virologie.
Certificat de biologie cellulaire et moléculaire • Certificat de Biologie de la reproduction

Dr Abdelkrim BENKIRANE

- Pharmacien Biologiste
- Diplômé de la faculté de PARIS
- Ancien interne et assistant des hôpitaux de PARIS.

Madame GZIRI HIND

Monsieur SIBAI

Réf. : 1911308

Dossier ouvert le : 24/09/19

Prélèvement effectué à 17:48

Page : 1

- Edition du : 11/12/19

BACTERIOLOGIE

PRELEVEMENT DE PUS

PRELEVEMENT : Abscess du sein.

ASPECT : Purulent.

EXAMEN CYTOLOGIQUE

LEUCOCYTES : Très nombreux.

HEMATIES : Nombreuses.

CELLULES EPITHELIALES : Absence.

FLORE MICROBIENNE : Nombreux cocci.

EXAMEN DIRECT (après color. de gram) : Cocci gram(+).

EXAMEN APRES CULTURES

SUR MILIEUX USUELS : Isolement et identification de nombreuses colonies de Staphylococcus aureus.

SUR MILIEUX SPECIAUX : Isolement et identification de nombreuses colonies de Staphylococcus aureus.

SUR MILIEU DE SABOURAUD : Absence de levures pathogènes.

RECHERCHE DE MYCOBACTERIES ET CULTURE

NATURE DU PRELEVEMENT : Abscess du sein.

EFFECTUE LE : 24/09/2019

RECHERCHE APRES DECONTAMINATION ET COLORATION DE ZIEHL

Absence de bacilles acido-alcool-résistants.

CULTURE SUR MILIEU DE LÖWENSTEIN

Stérile.

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES BADR

Dr Abdelkrim BENKIRANE

***Pharmacien Biologiste Diplômé de la faculté de PARIS * Ancien interne**

et assistant des hôpitaux de PARIS.

Diplôme d'études Spécialisées de la Biochimie, Hématologie, Immunologie, Parasitologie, Mycologie, Bactériologie, Virologie.

* Certificat de la biologie cellulaire et moléculaire * Certificat de la Biologie de la reproduction.

Résidence Yanis n° 17 rue Abou Al Abbas RDC Casablanca. Tél: 022430368/70 Fax: 022260101

ICE 001772365000028./Patente N°35601641/ IF 40503026/ CNSS 6448345/

INPE 093000453

Casablanca le mardi 24 septembre 201 Madame GZIRI HIND

FACTURE N°	79240
------------	-------

Analyses :

Prélèvement de pus -----	B	160
Recherche des B.K. + Culture -----	B	100

TOTAL DOSSIER	350,00 DH
---------------	-----------

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Trois Cent Cinquante Dirhams


Dr. Abdelkrim BENKIRANE
Résidence Yanis n° 17 rue Abou Al Abbas RDC Casablanca
1er étage Bourgogne - Casablanca
Tél: 022430368/70 Fax: 022260101



مختبر تشريح الخلايا والأنسجة بوركون LABORATOIRE DE PATHOLOGIE BOURGOGNE

Dr. Leïla BENKIRAN

Nom et prénom : Mme GZIRI HIND

Age : 45 ans

Prescripteur : Dr. SIBAI SOUMMAYA

N° Anapath : 1909241747

Date réception : 24/09/2019

Nature du prélèvement : biopsie abcès du sein

Renseignements cliniques : sans antécédent particulier. Abcès du sein dans le post-partum. Incision de l'abcès. Prélèvement de tissu pour examen anapath.

Casablanca, le 30/09/2019

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

Macroscopie :

I/ reçu 6 fragments mesurant 0,6 à 1,2 x 1 x 3,3 cm inclus en totalité dans 1 bloc.

II/ reçu 3 fragments mesurant 1 à 1 x 0,3 cm, inclus en totalité dans 1 bloc.

Microscopie :

A l'examen histologique, les 2 séries de prélèvements adressés, montrent un tissu adipeux siège d'un tissu de granulation inflammatoire polymorphe, associant des lymphocytes, des plasmocytes, des polynucléaires éosinophiles, des polynucléaires neutrophiles plus ou moins altérés, et des macrophages. Il s'y associe la présence d'un matériel fibrino-nécrotique.

Pas vu de parenchyme mammaire.

Absence de lésion spécifique ou de lésion tumorale dans la limite des biopsies examinées.

CONCLUSION :

-Tissu adipeux siège de remaniements inflammatoires suppurés pouvant entrer dans le cadre d'un abcès.

Absence de lésion spécifique ou de lésion tumorale dans la limite des biopsies examinées.

Dr Benkiran Leïla

Dr. BENKIRAN Leïla
Laboratoire de Pathologie Bourgogne
14, Bd Aïn Taoujtate N° 18 - 2ème Étage
Bourgogne - Casablanca
Tél. 05 22 27 85 48 - Fax 05 22 27 85 64

ALHAYAT OASIS CLINIC

Clinique Multidisciplinaire

29 Rue Rostand, Quartier Oasis-Casablanca

TEL: 0522.999.444 / FAX : 0522.254.613 C

I.C.E 001598208000095

CASABLANCA

BILLET DE SORTIE

Nom du patient : Mme GZIRI HIND		
Chambre : BOX4		
Médecin traitant	SIBAI SOUMMAYA	
Prise en charge	PAYANT	
Date entrée	24/09/2019	
Date sortie	24/09/2019	15:38
Le caissier	L'infirmier	Le major

مصحة الحيات
AL HAYAT OASIS CLINIC
N° IMPA 090061953
29 Rue Rostand Quartier Oasis
Casablanca Tél : 0522 999 444