

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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



Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W19-589889

ND 48787

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 01293

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : FARAS John

Date de naissance : 01-01-1946

Adresse : Dar Lamrane Bloc M 308 N° 7

Tél. : 0645537592

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04/11/2020

Nom et prénom du malade : RGRIB AIC 2

Age :

Lien de parenté : Lui-même

Compagnon / épouse

Enfant

Nature de la maladie : Diabète de type 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 : 25 NOV. 2020

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE 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
04/11/2025			1500 DH	MOUAD INP : 000002262 Voir ci-joint La facture ANCA 2356232025

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACIE LE PROVINCIAL	07/11/2022	527,60 dh
Abdelghani MATEBOUGUI		
Doré au Maroc		
1361-62		
Bois de l'Amour		
Morocco - Casablanca		
022 62 80 20 - Casablanca		

RELEVE 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 canalaire, 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 PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Therapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
		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"/>														

Actrapid®
100U/ml
Solution injectable
Flacon de 10ml
PPV : 193 DH 10

8-020173-230-1



6 118001 120185

Lant
100 Unités/
solution inj
solution fol
insuline glar

sano

Route de Rabat - P.F. 1
Ain Sebaâ 20250 - Casablanca
LANTUS SOLOSTAR 100U/ML SOL INJ B1

P.P.V. : 152DH50



6 118001 081608

NIQUE AL MOUAHIDINE

VISCIERALE - TRAUMATOLOGIE ET ORTHOPÉDIE -
RGIE - UROLOGIE - CHIRURGIE VASCULAIRE - ORL -
GYNECOLOGIE - REANIMATION.

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

Pfizer

زিথرومакс

أزيثروميسين

500 mg / ٣ أقراص

ZITHROMAX® 500 mg

3 comprimés



6 118000 250500

UT.AV.: ٢٠١٤ ٢٠٢٢

٧٩٧٠
P.P.V.

7 9 7 0

LOT N°: 1290364

09366030/4

Azimycine®

500 mg

Promopharm

Azithromycine

3 comprimés enrobés

Voie orale

6600

LOT 2336
PER 67/25
PPV 66DH00



CLINIQUE AL MOUAHIDINE
CASABLANCA

RAPPORT MEDICAL

Notre référence 1559/20

Identité du patient RGUIB AICHA

N° C.I.N du patient

Adresse

Médecin traitant Dr. NADIA IBNOU SOUFYANE

Date intervention 03/11/2020

Nature de l'acte : UML 26

Compte rendu :
Patient diabétique de type 2.
Ses 2 ADO - glycémie post-prandiale
deséquilibrée glycémie + S brûlée 111
Bilan : Ots: 16 - C: 278 mg/dl.
Bénefice: I - B hypotrope: I
ECBU: 0 - Rx: sucre
GB: MA.

CAT: T4 covid19: Négatif
Therapie: 200 mg 2/1

- Acide art. 400 mg 2/1
16 J 11
14 J 20

- TAUROLIC 200 mg 2/1

- Bétaagonos 200 mcg 1/1

Bonne évolution

Avec surveillance.

CLINIQUE AL MOUAHIDINE
Casablanca - Tel: 0525 22 72 72
Dr. Nadia Ibno Soufyane
E-mail: nadia_ibnou_soufyane@outlook.com
Site: www.cliniquealmouahidine.com

Le : 24/11/2020 10:53

Références 8410 / Payant
Entrée / Sortie : 03/11/2020 - 04/11/2020

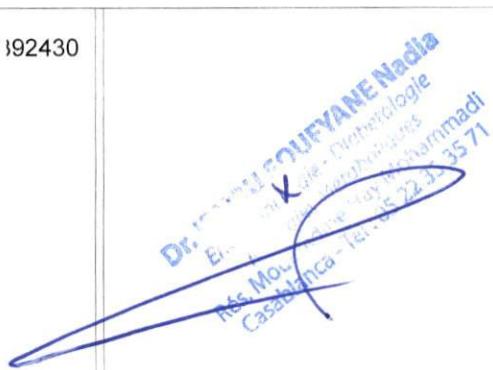
N° 192430

Le Docteur NADIA IBNOU SOUIANE

présente à Mme RGUIL AICHA

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
700,00 Dhs (SEPT CENTS DIRHAMS)

et le prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués.



Dr. Nadia Ibou Souiane
E-mail: nadia_ibou_souiane@yahoo.fr
N° 192430
Rue Moulay Hassan
Casablanca - 10100
Tél: 05 22 35 71

Cachet et signature

CLINIQUE AL MOUAHIDINE

CHIRURGIE GENERALE

Tel : 05 22 35 62 32 / 340734 Fax : 0522340747

CASABLANCA

BULLETIN D'ADMISSION ET DE SORTIE

Date d'entrée 03/11/2020 Heure 15:54

Nom et Prénom du patient MmeRGUIB AICHA

Age ou Date Naissance 0 -

N° Cin du patient ou du tuteur

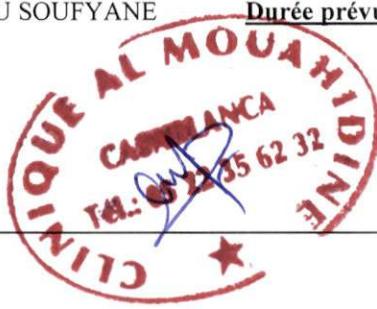
Adresse

Téléphone 0645537597

Personne à appeler en cas d'urgence

Médecin traitant NADIA IBNOU SOUFYANE Durée prévue d'hospitalisation (jours) : 1,00

Motif d'hospitalisation



Affiliation à une couverture maladie NON

Partie réservée aux admissions des patients affiliés à une couverture maladie

Nom et prénom de l'assuré

Lien de parenté

Organisme assureur

Mode de paiement PAYANT

Nom et prénom du signataire :

Signature

Partie à compléter à la sortie

Date Sortie 04/11/2020 Heure 10:53 Durée d'hospitalisation (jours) 1,00

Nom et prénom du signataire

Signature

CLINIQUE AL MOUAHIDINE

BD DE LA GRANDE CEINTURE HAY MOHAMMADI

TEL 05 22 35 62 32 - 05 22 34 07 34

FAX 05 22 34 04 47

CASABLANCA LE : 23/11/2020

PHARMACIE

NOM PRENOM RGUIB AICHA

N° FACTURE : 8410/2020

PRODUIT	QUANTITE	P. UNI	MONTANT
S.S	3	15,00	45,00
TUBULURE	1	10,00	10,00
INTRANULE	1	6,00	6,00
TRICEF INJ	2	69,80	139,60
	TOTAL		200,00

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : DEUX CENT DHS.



CLINIQUE AL MOUAHIDINE

CHIRURGIE GENERALE

Tel : 05 22 35 62 32 / 340734 Fax : 0522340747

BENNANI ADII

F A C T U R E

N° : 8410 / 2020 du 23/11/2020

Nom du patient	Modalité de paiement	Période hospitalisation
Mme RGUIB AICHA	Payant	03/11/20 04/11/20

Désignations des prestations	Lettres Clé	Nbre	Prix unitaire	Montant DH
CHAMBRE		1,00	600,00	600,00
			Sous/Total	600,00
PHARMACIE		1,00	200,00	200,00
			Sous/Total	200,00
			Total clinique	800,00
DR. NADIA IBNOU SOUFI (endocrinologue)		1,00	700,00	700,00
			Sous/Total	700,00
			Total autres prestations	700,00

Arrêtée à la somme de :		
MILLE CINQ CENTS DIRHAMS		

TOTAL GENERAL	1 500,00
---------------	----------



LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES AL MOUAHIDINE

FARESS HAYAT
Médecin Biologiste
Lauréat de la Faculté de Médecine de
Paris V (FRANCE)



SPECIALITE EN :
BIOCHIMIE - BACTERIOLOGIE -
HEMATOLOGIE - IMMUNOLOGIE -
HEMOSTASE - MICROBIOLOGIE

D.U Assurance Qualité en biologie Médicale de l'université Paris V

Tél : 05 22 66 19 66 - Fax : 05 22 35 76 52 - GSM : 06 84 51 99 14 - E-mail : labomouahidine@hotmail.fr

Mme RGUIL Aicha Ep Faras

Dossier N° : 031120-060

Page : 3 / 4

Duplicat

BACTERIOLOGIE

EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES

1- NATURE DE PRELEVEMENT :

Aspect : Légèrement Trouble
Culot de centrifugation : Faible
Couleur : Jaune

2- CHIMIE :

Albumine Recherche : Positif ++
Glucose : Positif ++
Corps Cétoniques : Negatif
SANG : Positif ++
PH : 6 (5,4 - 7,2)
Nitrites : Négatif

3- CYTOLOGIE :

Leucocytes : 600000 /ml (Inférieur à 10000)
Hématies : 100000 /ml (Inférieur à 5000)
Cellules épithéliales : Quelques
Cylindres : Absence
Cristaux : Absence
Trichomonas : Absence
Levures : Absence

4- COLORATION DE GRAM :

Coloration de Gram : Pas de germes visible

5- DENOMBREMENT DES GERMES :

*Laboratoire Al Mouahidine
104, Al Mouahidine, sur la route de Tounert II A3
Rd Grande Céritive Hay Mohammed
Casablanca
Tel: 05 22 66 19 66-Fax: 05 22 35 76 52*

Le Biogiste

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES AL MOUAHIDINE

FARESS HAYAT

Médecin Biologiste

Lauréat de la Faculté de Médecine de
Paris V (FRANCE)



SPECIALITE EN :

BIOCHIMIE - BACTERIOLOGIE -
HEMATOLOGIE - IMMUNOLOGIE -
HEMOSTASE - MICROBIOLOGIE

D.U Assurance Qualité en biologie Médicale de l'université Paris V

Tél : 05 22 66 19 66 - Fax : 05 22 35 76 52 - GSM : 06 84 51 99 14 - E-mail : labomouahidine@hotmail.fr

Durhal

Mme RGUIL Aicha Ep Faras

Dossier N° : 031120-060

Page : 4 / 4

Numération : < à 1000 UFC/ml

6- CULTURES SUR MILIEU DE CLED ET MILIEUX USUELS

Identification : Négative après 24 h d'incubation

*Laboratoire Al Mouahidine
Rés. Al Mouahidine 2000 Tounert II A3
Bd. Grande Corniche Hay Monhamadi
Casablanca
Tél: 05 22 66 19 66 Fax: 05 22 35 76 52*

Nous vous remercions de votre confiance

Le Biogiste

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES AL MOUAHIDINE

FARESS HAYAT

Médecin Biologiste

Lauréat de la Faculté de Médecine de
Paris V (FRANCE)



SPECIALITE EN :

BIOCHIMIE - BACTERIOLOGIE -
HEMATOLOGIE - IMMUNOLOGIE -
HEMOSTASE - MICROBIOLOGIE

D.U Assurance Qualité en biologie Médicale de l'université Paris V

Tél : 05 22 66 19 66 - Fax : 05 22 35 76 52 - GSM : 06 84 51 99 14 - E-mail : labomouahidine@hotmail.fr

Duplex

Mme RGUIL Aicha Ep Faras

Dossier N° : 031120-060

Page : 2 / 4

BIOCHIMIE

		Valeurs Usuelles	Antériorité
Glycémie à jeun	:	3,16 g/l 17,57 mmol/l	(0,82 - 1,15) (4,56 - 6,38)
Urée	:	0,47 g/l	(0,16 - 0,48)
Créatinine	:	9,30 mg/l 82,21 umol/l	(5 - 9) (53,04 - 97,24)

ENZYMOLOGIE

		Valeurs Usuelles	Antériorité
SGOT (Aspartate Aminotransférase) <i>(Technique : IFCC (Cobas C III))</i>	:	18,00 UI/l	(Inférieur à 32)
SGPT (Alanine Aminotransférase)	:	19,00 UI/l	(Inférieur à 33)
Gamma G.T.	:	35,00 UI/l	(6 - 42)

IMMUNOLOGIE

Protéine C Réactive (CRP)	:	258,90 mg/l	(Inférieur à 5)
---------------------------	---	-------------	-------------------

*Laboratoire Al Mouahidine
Rés. Al Mouahidine, Km 10 route d'As
Al Grande Cité, El M'hammadi
Casablanca
Tél: 05 22 66 19 66-Fax: 05 22 35 76 52*

Le Biogiste

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES AL MOUAHIDINE

FARESS HAYAT

Médecin Biologiste

Lauréat de la Faculté de Médecine de
Paris V (FRANCE)



SPECIALITE EN :

BIOCHIMIE - BACTERIOLOGIE -
HEMATOLOGIE - IMMUNOLOGIE -
HEMOSTASE - MICROBIOLOGIE

D.U Assurance Qualité en biologie Médicale de l'université Paris V

Tél : 05 22 66 19 66 - Fax : 05 22 35 76 52 - GSM : 06 84 51 99 14 - E-mail : labomouahidine@hotmail.fr

Duplicat



Casablanca, le 24/11/2020

Compte rendu d'analyses

Dossier N° : 031120-060

Prélèvement reçu Le 03/11/2020 16:54:00

Nom : Mme RGUIL Aicha Ep Faras

Demandé par Dr : IBNOU SOUFIANE N

Page : 1 / 4

HEMATOLOGIE

Valeurs Usuelles

Antériorité

NUMERATION GLOBULAIRE

Leucocytes	:	11110 /mm ³	(4000 - 10000)
Erythrocytes	:	3,56 M/mm ³	(4 - 5,3)
Hémoglobine	:	10,60 g/dl	(10,4 - 16,8)
Hématocrite	:	31,40 %	(32,1 - 47,8)
VGM	:	88,20 μ ³	(70,1 - 100)
TCMH	:	29,78 pg	(28 - 32)
CCMH	:	33,76 %	(30 - 35)

NUMEROTATION DES PLAQUETTES

Plaquettes	:	367000 /mm ³	(150000 - 400000)
------------	---	-------------------------	---------------------

FORMULE LEUCOCYTAIRE

Polynucléaires Neutrophiles	:	74 % Soit 8221/mm ³	(2000 - 7500)
Lymphocytes	:	16,5 % Soit 1833/mm ³	(1500 - 4000)
Monocytes	:	8,3 % Soit 922/mm ³	(200 - 800)
Polynucléaires Eosinophiles	:	0,5 % Soit 55/mm ³	(100 - 600)
Polynucléaires Basophiles	:	0,7 % Soit 77/mm ³	(Inférieur à 100)
Au total	:	100 % Soit 11110 /	

*Laboratoire Al Mouahidine
Rés. Al Mouahidine - 10ème étage - 1000 Casablanca
Tél. 05 22 66 19 66 - Fax 05 22 35 76 52*

Le Biogiste