

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## tions 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.

## macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## ologie 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.

## que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

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.

## aire :

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.

## adie 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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données actée 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

23401

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

839

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

RAHMOUNE FATNA EPZIDANT

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

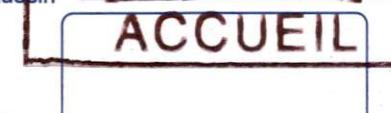
 MUPRAS

03 MARS 2020

497,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

 ACCUEIL

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

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 :

Casa

Le : 29/01/2020

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
29/01/2019				

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29/01/20	126,30

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>Analyses Médicales</i> <i>Scopelis - Catégorie E</i> <i>23/04/2020</i>	<i>23/04/2020</i>	<i>B 150</i>	<i>201,01</i>

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## 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 canalaires, ainsi que le bilan

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

### (Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



درب غلف  
DERB GHALLEF

وصفة  
ORDONNANCE

Le 29/01/2020

Rahmaune Fatna

126,30

1 AUGMENTIN 1g sachet



Sachet 126,30 DH



وصفة  
ORDONNANCE

le 29/01/2020

+  
- Rahmoune Fatna

De Lombane à

irradiation base

+ lieue

⇒ Echographie

Abdominal

Dr. TALEB SOPHIA  
Polyclinique CNSS Derv Ghallef

OK



درب غلف

DERB GHALLEF

وصفة  
ORDONNANCE

Le 29/01/2020

Rahmoun

Fatna

Mme RAHMOUN Fatna  
01-01-1948



A coller sur l'ordonnance

Laboratoire OUZANI  
d'Analyses Médicales  
Secrétariat  
18, Rue Levouisier - Casablanca  
Tél.: 0522 86 30 20 / Fax: 05 22 86 50 20

CCBV  
+ Antibiose

DR TALEB SOFI

زنقة الضمان - درب غلف - الدار البيضاء - الهاتف 20 05 22 86 30 إلى 27 - فاكس : 05 22 86 42 05  
Rue Addamane - Derb Ghallef - Casablanca - Tél.: 0522 86 30 20 à 27 - Fax: 05 22 86 42 05



Ouvert 24/24h et 7/7j

Code Patient 200129100



Prélèvement du :  
reçu à heure non communiquée  
**Demande N° : 200129100**  
Edition : 29-01-2020



**Dr Jaouad TOUZANI**

Spécialiste en : Parasitologie - Mycologie  
Bactériologie - Virologie Clinique - Immunologie  
Hématologie - Pathologie Médicale - Biochimie  
Biologie de la Reproduction  
Médecine Fonctionnelle et Nutritionnelle

Ancien Assistant des Hôpitaux de France et du CHU de Casablanca  
Diplômé de la Qualité en Biologie Médicale - Université Paris V  
Auditeur Qualité Certifié Iso Afnor France

**Mme RAHMOUN Fatna**  
Prescripteur :

## BACTERIOLOGIE

### EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES

(Cultures sur milieux : CLED et Milieu Chromogènes OXOID)

Recueil : Milieu du jet  
Aspect : Clair

#### Recherche biochimique:

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

#### Examen cytologique

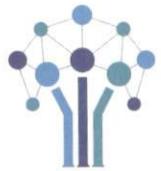
<b>Leucocytes :</b>	<10 / mm <sup>3</sup>	(0-10)
<b>Hématies :</b>	<10 000 / ml	(0-10 000)
	<5 / mm <sup>3</sup>	(0-5)
Cellules épithéliales :	Absence	
Cylindres :	Absence	
Levures :	Absence	
Trichomonas vaginalis :	Absence	
Cristaux:	Absence	

#### Examen bactériologique

<b>Cultures :</b>	En cours
<b>Conclusion:</b>	En cours

Validation technique durant une période de garde par :ELA  
Résultat provisoire en attente de validation biologique

**La Qualité est notre souci permanent**



Ouvert 24/24H et 7/7J

Code Patient 200129100



**Dr Jaouad TOUZANI**

Spécialiste en : Parasitologie - Mycologie  
Bactériologie - Virologie Clinique - Immunologie  
Hématologie - Pathologie Médicale - Biochimie  
Biologie de la Reproduction  
Médecine Fonctionnelle et Nutritionnelle

Ancien Assistant des Hôpitaux de France et du CHU de Casablanca  
Diplômé de la Qualité en Biologie Médicale - Université Paris V  
Auditeur Qualité Certifié Iso Afnor France

Prélèvement du :  
reçu à heure non communiquée  
**Demande N° : 200129100**  
Edition : 31-01-2020

**Mme RAHMOUN Fatna**  
Prescripteur :

## BACTERIOLOGIE

### EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES

(Cultures sur milieux : CLED et Milieu Chromogènes OXOID)

Recueil : Milieu du jet  
Aspect : Clair

#### Recherche biochimique:

pH: 6,0  
Sucré: Négative  
Proteines: Négative  
Sang: Négative  
Nitrites: Négative

(6,0-7,5)

#### Examen cytologique

Leucocytes :

<10 / mm<sup>3</sup>  
<10 000 / ml  
<5 / mm<sup>3</sup>  
<5 000 / ml

(0-10)  
(0-10 000)  
(0-5)  
(0-5 000)

Hématies :

Cellules épithéliales :  
Cylindres :  
Levures :  
Trichomonas vaginalis :  
Cristaux :  
Examen direct :

Absence  
Absence  
Absence  
Absence  
Absence  
Absence de germes

#### Examen bactériologique

Cultures : Culture négative  
Antibiogramme : Sans objet.

Conclusion:

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

Demande validée biologiquement par : Dr. J TOUZANI

Page : 1/2

**La Qualité est notre souci permanent**



**FACTURE N° : 200129100**

Casablanca le 29-01-2020

Mme Fatna RAHMOUN

Date de l'examen : 29-01-2020

INPE : 093060911

Analyses :

Récapitulatif des analyses		
CN	Analyse	Clé
0242	Antibiogramme	B60
0241	Cytologie, culture, identification	B90

Total des B : 150

TOTAL DOSSIER : 201 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : deux cent un dirhams

Dr Jaouad TOUZANI  
Dr Analyses Médicales  
18, Rue Lavosier - Casablanca  
Tél: 05 22 86 50 00 / 05 22 86 50 20 - Fax: 05 22 86 50 20 - Email: contact@laboratoire-touzani.ma  
Site web: [www.laboratoire-touzani.ma](http://www.laboratoire-touzani.ma)  
Tél: 05 22 86 50 00 / 05 22 86 50 10 - Email: contact@laboratoire-touzani.ma  
Site web: [www.laboratoire-touzani.ma](http://www.laboratoire-touzani.ma)  
TVA: 123962618 - 3637062618 - Numéro fiscal: 44881270 - C.N.S.S: 1126748 - I.C.E: 001613723000036  
Patente: 36370620 - I.F: 44881270 - C.N.S.S: 1126748 - I.C.E: 001613723000036



INPE 090001512  
ICE 001757364000080

Polyclinique  
Derb-Ghallef

مصلحة الفحص بالأشعة

## SERVICE DE RADIOLOGIE

Casablanca le : 29/01/2020

Patient (e) : RAHMOUNE FATNA

### ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

Foie homogène de volume normal de contours réguliers.

Cholécystectomie.

Voie biliaire principale et tronc porte de calibre normal.

Les deux reins, la rate et le pancréas sont normaux.

Kyste polaire inférieur gauche de 53mm.

Absence d'ascite ou d'adénopathie profonde.

### CONCLUSION

Kyste polaire inférieur gauche de 53mm

Echographie abdominale ne révélant pas d'autre anomalies.

Pr CHIKHAOUI Nabil  
Radiologue  
Polyclinique CNSS  
Derb-Ghallef

N° IPP : 1130348	N° SEJOUR : 200008294	FACTURE N° 2005005281				DATE D'ENTREE : 29/01/2020		DATE DE SORTIE : 29/01/2020		
ASSURE :						DESTINATAIRE :		RAHMOUNE,Fatna		
MALADE : RAHMOUNE,Fatna		UF: 5002 URGENCES								
NOM JEUNE FILLE :		N° IMMAT C.N.S.S :								
TIERS PAYANT 1 :		N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :								
TIERS PAYANT 2 :										
REF. PC 1 :	REF. PC 2 :	N° SE. SOC. ETRANG. :								
NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
ACTES DE RADIOLOGIE										
ECHOGRAPHIE	ECHOGR	1.00	200.00	200.00					0.00	200.00

Intervenant : 438055 DR CHIKHAOUI NABIL (RADIOLOGUE)				TOTAUX :	200.00						200.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :				PLAFOND PC :					ACOMPTE:		
DEUX CENTS DHS				REMISE :	0.00	REGLE :			AVOIR :		
				RESTE DU:	200.00						
DATE FACTURE : 29/01/2020				EDITEE LE : 29/01/2020	PAR: BAKHRI	ACCIDENT DE TRAVAIL :				DATE AT :	
VISA						N° DE POLICE :					
						Règlement à effectuer à l'ordre de :	POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef				
						BANQUE :	BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA				
						N° compte bancaire :	011 780 0000 70 210 00 60 028 31				

