

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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.

Éducation :

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.

Prothèse :

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

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



Déclaration de Maladie

N° P19-0031890

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 839

Société : 23401

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : RAHMOUNE FATNA EPZIDANI

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :



Total des frais engagés :

727,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 29.01.2020

Nom et prénom du malade : RAHMOUNE FATNA Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Infarctus

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) :

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
29/1/20				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29/1/20	126,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	29/1/20	B 150	200,15
	23/04/2020	B 150	200,15

AUXILIAIRES MEDICAUX

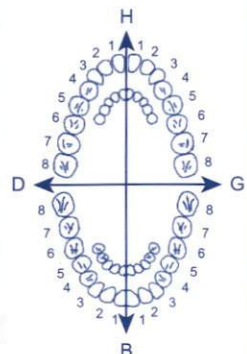
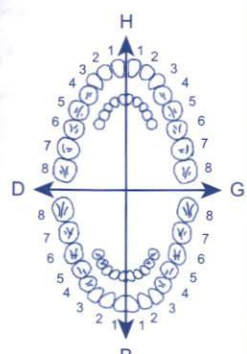
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></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></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction]			MONTANTS DES SOINS														
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة
ORDONNANCE



Le 29/04/2020

Rahmene Fatma

126,30

1/ Augmentin 1g sachet



1 sachet 126,30

PPV: 126,30 DH
LOT: 611220
PER: 10/20

AUGMENTIN 1 g/125 mg
12 sachets



6 118000 160175

وصفة
ORDONNANCE

le 29/01/2020



+ S

Rahmoune Fatna

DE Lombaire à
irradiation basse

+ fièvre

⇒ Echographie

Abdominale

Dr. TALIB Sophia
Généraliste
Polyclinique CNSS Derb Ghallef

08



وصفة
ORDONNANCE



Le 29/01/2020

Rahmane Fatma



TCBU

+ Antibiotique

Laboratoire IOUZANI
d'Analyses Médicales
Secrétariat

45, Rue Levoisier - Casablanca
Tél : 05 22 86 30 20 / Fax : 05 22 86 42 05

DR. TALIB SON



LABORATOIRE
TOUZANI
20 AOÛT

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 : 29-01-2020

Mme RAHMOUN Fatna
Prescripteur :

BACTERIOLOGIE

EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES

(Cultures sur milieux : CLED et Milieu Chromogènes OXOID)

Recueil :
Aspect : Milieu du jet
Clair

Recherche biochimique:

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

Examen cytologique

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

Examen bactériologique

Cultures : En cours

Conclusion: En cours

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



LABORATOIRE
TOUZANI
20 AOÛT

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 :
Aspect : Milieu du jet
Clair

Recherche biochimique:

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

Examen cytologique

Leucocytes :	<10 / mm3	(0-10)
Hématies :	<10 000 / ml	(0-10 000)
	<5 / mm3	(0-5)
	<5 000 / ml	(0-5 000)
Cellules épithéliales :	Absence	
Cylindres :	Absence	
Levures :	Absence	
Trichomonas vaginalis :	Absence	
Cristaux:	Absence	
Examen direct :	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



LABORATOIRE
TOUZANI
20 AOÛT

Ouvert 24/24h et 7/7j



Dr Jaouad TOUZANI

Spécialiste en : Parasitologie - Mycologie
Bactériologie - Microbiologie 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

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

Signature
Secrétariat
Laboratoire Touzani
18, Rue Lavoisier - Casablanca
Tél : 05 22 86 50 00 - Fax : 05 22 86 50 20 - Email : contact@laboratoire-touzani.ma

INPE 093060911

18, Rue Lavoisier Quartier des Hôpitaux (en face de l'hôpital 20 août) - Casablanca

Tél : 05 22 86 50 00 / 05 22 86 50 01 - Fax : 05 22 86 50 20 - Email : contact@laboratoire-touzani.ma

Site web : www.laboratoire-touzani.ma - RIB : BP 190780212116600693000105

Patente : 36370620 - IF : 44881270 - CNSS : 1126748 - ICE : 001613723000036



INPE 090001512
ICE 001757364000080

Polyclinique
Derb-Ghalef

☐ I.R.M
(1.5 Tesla)

☐ Scanner
(Corps Entier)

☐ Radiologie
Numérique

☐ Echo-Doppler
(Couleur)

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 inferieur gauche de 53mm.

Absence d'ascite ou d'adénopathie profonde.

CONCLUSION

Kyste polaire inferieur gauche de 53mm

Echographie abdominale ne révélant pas d'autre anomalies.

Pr CHIKHAÛI Nabii
Radiologue
Polyclinique CNSS
Derb-Ghalef

POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef
Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux
20100 CASABLANCA
Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-863020
INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058

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	300.00

Intervenant : 438055 DR CHIKHAOUI NABIL (RADIOLOGUE)	TOTAUX :	200.00					• 200.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX CENTS DHS	PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
	REMISE :	0.00	REGLE :			AVOIR :	
	RESTE DU:	200.00					
DATE FACTURE : 29/01/2020	EDITEE LE : 29/01/2020	PAR: BAKHRI	ACCIDENT DE TRAVAIL :				
VISA			N° DE POLICE :	DATE AT :			
			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			