

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00850

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EL MTOUN Lahoucine

Date de naissance :

01/01/1948

Adresse :

Appt 4 Imme Mehdi IBN ALARABI CITE LAKHYAM  
AGADIR

Tél. : 0666.1662.67

Total des frais engagés : 1811,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

PR DERGAMOUN HAMZA  
CHIRURGIEN UROLOGUE  
MÉDECIN VACATAIRE  
POLYCLINIQUE DE LA CNSS  
INPE : 091319714

Date de consultation :

16/05/23

Nom et prénom du malade : el mtoun Lahoucine Age: 75 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

el mtoun Lahoucine "Prostate" Hypertrophie

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 : AGADIR

Le : 16/05/23

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
16/05/23	2	PR DEF CHIRURGIE MÉDICOLOGIQUE POLYCLINIQUE INPE 09131014		<i>DR DERRAGAMOUN HAMZA</i>
20/05/23				

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL MACHARI Av. My Hassan 1er N°5 Dakhla - AGADIR Tél: 05 28 23 97 64 - Fax: 05 28 23 97 65	16/5/23	588,00
<i>DR DERRAGAMOUN HAMZA CHIRURGIEN UROLOGUE MÉDECIN VOLONTAIRE POLYCLINIQUE DE LA CNSS INPE 09131014</i>		
05202551		

### ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>POLYCLINIQUE CNSS Agadir Service Laboratoire</i>	15/05/23	B = 430	473,00 DH

### 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des travaux
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	
	D	00000000	00000000	
	B	00000000	00000000	
	G	00000000	00000000	
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
Montants des soins				
Date du devis				
Date de l'exécution				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



أكادير  
AGADIR

Agadir, le : 16/05/2023

M: 670217 نموذج رقم

رقم الملف: 09131074  
 MEDICAL NUMBER: 09131074  
PRÄREGISTRIERUNGS-NR.: 09131074  
CHIRURGEN UROLOGUE  
PRÄREGISTRIERUNG UROLOGUE  
PRÄREGISTRIERUNG UROLOGUE  
PRÄREGISTRIERUNG UROLOGUE

TAMSULOSINE WIN LP  
0,4MG GELU B30  
P.P.V: 98DH00

LOT : 22E007  
PER.: 08 2024

TAMSULOSINE WIN LP  
0,4MG GELU B30  
P.P.V: 98DH00

LOT : 22E007  
PER.: 08 2024

TAMSULOSINE WIN LP  
0,4MG GELU B30  
P.P.V: 98DH00

LOT : 22E007  
PER.: 08 2024

TAMSULOSINE WIN LP  
0,4MG GELU B30  
P.P.V: 98DH00

LOT : 22E007  
PER.: 08 2024

\* Anesthésie - Réanimation  
\* Urologie  
\* Chirurgie Viscérale et digestive  
\* Coelio - Chirurgie  
\* Gynéco - Obstétrique  
\* Traumato - Orthopédie  
\* Neuro - Chirurgie  
\* O.R.L.  
\* Biologie (laboratoire)  
\* Radiologie

CENTRE  
D'HEMODIALYSE

زنقة مولاي يوسف - ص ب : 3171 - أكادير - الهاتف : 05 28 84 66 21/25/27 - الفاكس : 05 28 84 66 24

Rue Moulay Youssef - B.P. 3171 - AGADIR - Tél.: 05 28 84 66 21/25/27 - Fax : 05 28 84 66 24

Consultation RDV  
05 28 82 59 66

PHARMACIE EL.MGHARI  
Av. My Hassan 1er  
N°3 Dakhla - AGADIR  
Tel: 05 28 23 97 65 - Tel/Fax: 05 28 23 97 65

PHARMACIE EL.MGHARI  
Av. My Hassan 1er  
N°3 Dakhla - AGADIR  
Tel: 05 28 23 97 65 - Tel/Fax: 05 28 23 97 65

URGENCES  
05 28 82 58 18

# LABORATOIRE DE LA C.N.S.S. AGADIR

Rue Moulay Youssef, B.P. 3171  
Tél. : 048 84 66 21/25 / 27 - Fax : 048 84 66 24

DOCTEUR BENSALEM - PHARMACIEN BIOLOGISTE



Dossier ouvert le : 15/05/23

Monsieur EL MTOUN LAHOUCINE

Edition du : 17/05/23

HAMZA DERGAMOUN

Réf. : 23E546

N° du prélèvement : 135E66

Page : 1

Compte Rendu d'Analyses

## HEMATOLOGIE

### HEMOGRAMME (SYSMEX KX 21N)

			Normales (Homme Adulte)	Antériorités
				12/05/2023
<b>NUMERATION GLOBULAIRE</b>				
Hématies	:	4,63	M/mm <sup>3</sup>	4,3 - 4,4
Hémoglobine	:	14,3	g/100 ml	14 - 18
Hématocrite	:	43	%	40 - 52
V.G.M.	:	93	μ <sup>3</sup>	80 - 95
T.C.M.H.	:	31	pg	28 - 32
C.C.M.H.	:	33	g/100 ml	30 - 35
Leucocytes	:	10 240 *	/mm <sup>3</sup>	4000 - 10000
<b>FORMULE LEUCOCYTAIRE</b>				
Polynucléaires neutrophiles	:	76 *	%	7 782 /mm <sup>3</sup>
Polynucléaires éosinophiles	:	0 *	%	0 /mm <sup>3</sup>
Polynucléaires basophiles	:	0	%	0 /mm <sup>3</sup>
Lymphocytes	:	17 *	%	1 741 /mm <sup>3</sup>
Monocytes	:	7	%	717 /mm <sup>3</sup>
<b>PLAQUETTES</b>	:	87 000 *	/mm <sup>3</sup>	150000 - 400000
				30000

## BIOCHIMIE

Gamma -G.T. : 310 \* UI/l 11 - 61

## MARQUEURS

P.S.A. TOTAL : 9,71 ng/ml

### Interprétation

- < 4 : Négatif
- Entre 4 et 10 : à surveiller
- > 10 : Pathologie

Polyclinique CNSS Agadir  
Service Laboratoire



N° IPP :	656220	N° SEJOUR :	230030779	<b>FACTURE N° 2304001887</b>				DATE D'ENTREE :	15/05/2023	DATE DE SORTIE :	15/05/2023
ASSURE :								DESTINATAIRE :			
MALADE :	EL MTOUN,Lahoucine				UF: 5004 LABORATOIRE	EL MTOUN,Lahoucine					
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	
<b>ACTES DE BIOLOGIE</b> ACTE DE BIOLOGIE MEDICALE	B	430.00	1.10	473.00					0.00	473.00	

Intervenant : 106999 EQUIPE BIOLOGISTES BIOLOGIE		TOTaux :		473.00						473.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : QUATRE CENT SOIXANTE TREIZE DHS				PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
				REMISE :	0.00	REGLE :	473.00		AVOIR:	
				RESTE DU:	0.00					
DATE FACTURE : 15/05/2023		EDITEE LE : 15/05/2023		PAR: MASTAN	ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA		N° DE POLICE :						DATE AT :		
		Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - AGADIR								
		BANQUE : BMCE - AGADIR						N° compte bancaire : 011.010.0000.01.210.00.60686.03		







N° IPP :	656220	N° SEJOUR :	230031146	<b>FACTURE N° 2302008987</b>				DATE D'ENTREE : 16/05/2023		DATE DE SORTIE : 16/05/2023	
ASSURE :											
MALADE : EL MTOUN,Lahoucine				UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI				DESTINATAIRE :			
NOM JEUNE FILLE :				N° IMMAT C.N.S.S. :				EL MTOUN,Lahoucine			
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	
CONSULTATAION DE MEDECIN.	Cs	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00	

Intervenant : M1000060 DR DERGAMOUN HAMZA				TOTAUX :	150.00					150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :				PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
CENT CINQUANTE DHS				REMISE :	0.00	REGLE :	150.00		AVOIR :	
				RESTE DU:	0.00					
DATE FACTURE : 16/05/2023 EDITEE LE : 16/05/2023 PAR: MASTAN				ACCIDENT DE TRAVAIL :						
VISA				N° DE POLICE : DATE AT :						
				Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - AGADIR BANQUE : BMCE - AGADIR N° compte bancaire : 011.010.0000.01.210.00.60686.03						