

# 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.

**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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0000313

Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre

Nom & Prénom : EL AIFI ZOHRA

Date de naissance : 01/01/1965

Adresse : Bine lomdaïne Rue 46 N° 16

CABABLANCA

Tél. : 0522 21 57 98

Total des frais engagés : 2865,79 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03/07/2013

Nom et prénom du malade : EL AIFI ZOHRA

Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : T1 de la perte

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 : CABABLANCA

Le : 17/07/2013

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 17/07/2013

### 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
03/07/23	K 10		244,29	Fatima Fahri Médecin G. Folycinne
23				
07/07/23	iosph		2327,48	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
RACHID S. ADAOUS 394 Angle Av 2 Mars et Bd. panoramique Casablanca Tel: 03 22 21 17 85	03/07/23	144,00 DH

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	03/07/23	215	150 DHS

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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.

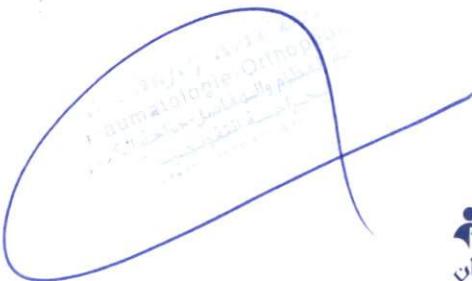
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
<img alt="Diagram of upper and lower dental arches with numbered teeth from 1 to				

وصفة  
ORDONNANCE

le 03/08/2023

Eloued. Z. brc

R. La



Boulevard AL Qods , Inara II - Ain Chok - Casablanca  
Tél. : 0522 21 30 90 - Rendez-vous : 0522 50 45 13 - Fax : 0522 40 48 06

# وصفة

## ORDONNANCE

le 03.07.13

elouagi Zohra

PHARMACIE ANDALOUS  
Rachid SLAOUI  
394 Angle Av 2 Mars et  
Bd. Panoramique Casablanca  
Tél : 0522 21 17 85

13.00



1/ cimiclet

2 Ry pdt 10g.

13.00 1cp



2 Aleph

2 F 5 " 14.00

17.80 Nef



3/ Dax Rep 17

Boulevard AL Qods , Inara II - Ain Chok Casablanca

Tél. : 0522 21 30 90 - Rendez-vous : 0522 50 45 13 - Fax : 0522 40 48 06



POLYCLINIQUE ADDAMAN  
VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ

INARA II



13,20

# BULLETIN DE SORTIE

0000964595 2 01/01/1950

EL OUAFI

ZOHRA P100

123003230 06/07/2023

CHR.GLE & VISCERALE

## SALLE LIT

مصحة الضمان

POLYCLINIQUE ADDAMAN  
VOUS SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ

INARA

Mr \_\_\_\_\_

Hospitalisé (e) du ..... au .....

pour (diagnostic) Yoga line 1

Traitement \_\_\_\_\_

Observation du médecin

Dr. CHAFIC KARRALI  
Chirurgie Orthopédique-Traumatologique  
جراح العظام والغضاريف  
الجراح التقسيمية  
Le Médecin traitant



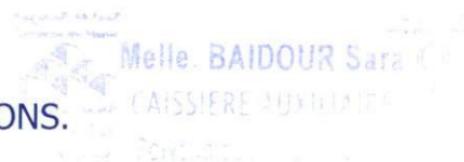
مصحة العثمان

POLYCLINIQUE ADDAMAN  
VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ

INARA II

13

## BON DE RENDEZ-VOUS



POLYCLINIQUE ADDAMAN : SERVICE DE CONSULTATIONS.

NOM PRENOM DU MALADE :

El Sayag. Zahra

DATE & HEURE DE RENDEZ-VOUS :

NOM DU MEDECIN :

ASODA

SPECIALITE :

N° TÉLÉPHONE DU PATIENT :

849

MONTANT DE LA CONSULTATION :

Boulevard AL Qods , Inara II - Aïn Chok - Casablanca  
Tél. : 0522 21 30 90 - Rendez-vous : 0522 50 45 13 - Fax : 0522 40 48 06



N° IPP :	964595	N° SEJOUR :	123003230	FACTURE N° 2301008203				DATE D'ENTREE :	06/07/2023	DATE DE SORTIE :	07/07/2023
ASSURE :											
MALADE :	EL OUAFI, Zohra P100				DESTINATAIRE :						
NOM JEUNE FILLE :					EL OUAFI, Zohra P100				BINE LAMDOUNE RU 46 BN 16 CASA		
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	
FORFAIT HOSPITALISAT°, REA, CHIRURGIE, MATERNITE											
FORFAIT K30 (MUTUELLES)	FK30	1.00	1950.00	1950.00					0.00	1950.00	
<b>ACTES DE BIOLOGIE</b>											
Actes Biologie Remboursables par l'AMO	BAMO	160.00	1.10	176.00					0.00	176.00	
<b>ACTES DE RADIOLOGIE</b>											
Actes Radiologie Remboursables par l'AMO	ZAMO	15.00	10.00	150.00					0.00	150.00	
<b>PROTHESES</b>											
BROCHE DE KIRSCHNER DIAM 18/10 LONG 310M	CMB109	1.00	51.48	51.48					0.00	51.48	

Total à reporter

2327.48

0.00

0.00

2327.48

POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA

Bd El-Qods Cité Inara 20150 CASABLANCA

Tél : 0522-21-30-90 ( L.G ) Fax : 0522-50-48-06

RDV · 0522-50-45-13

INPE: 090001520 ICE: 001757364000080 IE: 1602058



N° IPP :	815667	N° SEJOUR :	230027639	<b>FACTURE N° 2305008245</b>	DATE D'ENTREE :	03/07/2023	DATE DE SORTIE :	03/07/2023	
<b>ASSURE :</b>									
MALADE :	EL OUAFI,Zohra	UF:	5002 URGENCES		<b>DESTINATAIRE :</b>				
NOM JEUNE FILLE :		N° IMMAT C.N.S.S :			EL OUAFI,Zohra				
TIERS PAYANT 1 :		N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :			BINE LAMDOUNE RUE 46 NO 16 CASA				
TIERS PAYANT 2 :		N° SE. SOC. ETRANG. :							
REF. PC 1 :		REF. PC 2 :							

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>AUTRES ACTES COTES EN K</b>										
ACTE DE SPECIALITE MEDICALE	K	10.00	22.50	225.00					0.00	225.00
<b>FOURNITURES MEDICALES</b>				19.29					0.00	19.29

Service : LABORATOIRE

NOM : EL OUAFI ZOHRA

MEDECIN :

REF. : 964595

SERVICE : *CHT*

DATE : 06/07/2022

RESULTATS  
HEMOSTASE

		V.N
* T.P	100%	> 70%
* I. N. R.		
* TCK : TEMOIN MALADE	35 20	T ± 10
* FIBRINOGENE		2 - 4 g/l

Date mesure: 06/07/2023 14:44	ID échantillon: 0003	ID patient: 964595
Nom patient: ELOUAFI ZOHRA	Date naissance: Age: --- ---	Sexe: Inconnu
Mode échantillon: Mesure auto.	Emplacem. rack: 01-03	Type échan.: ---

Paramètre	Données	Unité	Plage normale
GB	8.27	$10^3/\mu\text{L}$	4.00 - 10.00
GR	4.24	$10^6/\mu\text{L}$	3.76 - 5.70
HB	12.04	g/dL	12.00 - 18.00
HT	37.1	%	33.5 - 52.0
VGM	87.5	fL	80.0 - 100.0
TGMH	28.4	pg	28.0 - 32.0
CCMH	32.5	g/dL	31.0 - 35.0
IDR-CV	13.1	%	11.6 - 14.0
IDR-SD	45.9	fL	42.8 - 51.0
PLA	333.3	$10^3/\mu\text{L}$	150.0 - 450.0
THT	0.26	%	0.16 - 0.33
VMP	7.9	fL	7.0 - 11.0
IDP	16.5	%	15.5 - 18.9
P-LCR	30.7	%	20.0 - 58.0
NE	5.12 (61.82%)	$10^3/\mu\text{L}$	1.10(28.00) - 7.00 (78.00)
LY	2.29 (27.69%)	$10^3/\mu\text{L}$	0.70(17.00) - 5.10 (57.00)
MO	0.54 (6.52%)	$10^3/\mu\text{L}$	0.00(0.00) - 0.90 (10.00)
EO	0.27 (3.31%)	$10^3/\mu\text{L}$	0.00(0.00) - 0.90 (10.00)
BA	0.05 (0.66%)	$10^3/\mu\text{L}$	0.00(0.00) - 0.20 (2.00)

Avertisseur morphol.:

Avertisseur numér.:

Message:

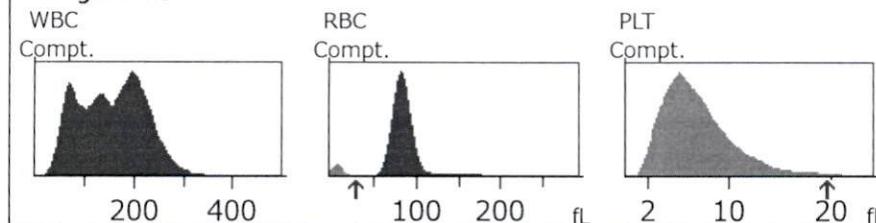
@P-LCC	102.3	$10^3/\mu\text{L}$
@IndexMentzer	21	
@RDWI	275	
@IG	0.06 (0.73%)	$10^3/\mu\text{L}$
@Band	0.04 (0.54%)	$10^3/\mu\text{L}$
@Seg	5.08 (61.28%)	$10^3/\mu\text{L}$

@: Paramètres RUO

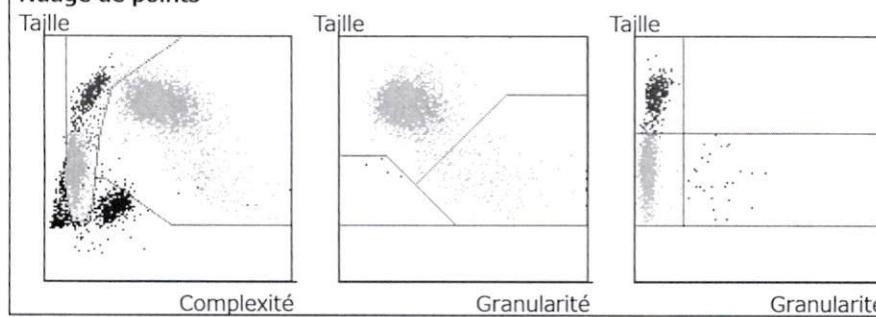
Compt. visuel

- Blaste
- Promyélocyte
- Myélocyte
- Métamyélocyte
- Band
- Seg
- Lymphocyte
- Ly atypique
- Monocyte
- Éosinophil.
- Basophil.
- Autre
- NRBC/100WBC

Histogramme



Nuage de points



Service:

---

Médecin:

---

Nom opérateur:

Administrator

Analyzer:

MEK-9100

Commentaires:

État:

RM: VALIDE QC: VALIDE UM: VALIDE

Celltac G

Pli à joindre à la D.E.P

---

---

Ce pli ne doit être ouvert  
que par le Médecin contrôleur

*Expéditeur:*

## NOTE CONFIDENTIELLE DU MEDECIN TRAITANT

0000964595 2 01/01/1950

EL OUAFI  
ZOHRA P100  
... 123003230 06/07/2023  
2) CHR.GLE & VISCERALE  
2) SALLE LIT

Etat de malade :

Principales :

K30  
Fracture  
OII

3) Traitement envisagé et actes :

Chirurgie

2) Durée prévisible du traitement

Dr. CHAFIQ KARDAL  
Chirurgie Orthopédique-Traumatologie  
جراحة العظام والمناظل الجلوسية-التقريبية  
جراحة الكروز

A

LE

06/07/2023

Signature



N° IPP :	968285	N° SEJOUR :	230032353	<b>FACTURE N° 2303012736</b>				DATE D'ENTREE :	03/08/2023	DATE DE SORTIE :	03/08/2023
ASSURE :								DESTINATAIRE :			
MALADE :	ELOUAFI, Zohra								ELOUAFI, Zohra		
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 :					N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :						
TIERS PAYANT 2 :											
REF. PC 1 :					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 RADIOLOGIE</b>	Z	15.00	10.00	150.00					0.00	150.00	

Intervenant :	46082 DR BENNANI WAFAA	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 :	03/08/2023	EDITEE LE :	03/08/2023	PAR :	KAABAD	<u>ACCIDENT DE TRAVAIL :</u>					
						N° DE POLICE :	DATE AT :				
						Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA					
						BANQUE :	BMCE - INARA				
						N° compte bancaire :	011.780.0000 54 210 00 60 016 91				

**DECLARATION CAUSES ET  
CIRCONSTANCES**

Code : PR4FR09  
Version : 01  
Date : 15/06/2023



Je soussigne : **ZOHRA ELOUAFI**

Matricule :

Adresse : **BINEL AMOUNE RUE YEN NR 16 CASABLANCA**

Déclare sur honneur avoir été victime d'un incident survenu en date du :

- Moi-même :
- Mon conjoint :
- Mon enfant :

Circonstances de l'incident :

*Tombé dans les escaliers en DATE du 3 juillet  
2013 à 10H00 du matin. Ce qui m'a causé  
une fracture*

Lieux : **BINEL AMOUNE RUE YEN NR 16 CASABLANCA**  
Date : **MATRICULE N° 000813**

Important :

- Cette déclaration sur l'honneur doit être établie dans les 48 heures de l'incident ;
- La MUPRAS se réserve le droit de mener une enquête ou une contre visite à tout moment conformément au règlement intérieur ;
- Toute fausse déclaration ou tentative de fraude engagera son auteur ;
- Cette déclaration doit être légalisée.

Faite-le :

A :

Signature :



## SERVICE D'IMAGERIE MEDICALE

Radiologie conventionnelle – Echographie – Doppler

### COMPTE RENDU

DATE : 03/08/23

**NOM & PRENOM** : EL OUAFI ZOHRA

**MEDCIN TRAITANT** :

**EXAMEN** : RX MAIN G F/3/4

Matériel d'ostéosynthèse en place.

