

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.

N° W19-502370

ND: 45031 M = 7540

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **07540**

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EL HAITI ABD EL HAK

Date de naissance :

11/08/1958

Adresse :

56, Bd SIDI ABDELLAH MANE, CASA

Tél. :

0662634043 Total des frais engagés : **1361 Dhs**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



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 :

CASABLANCA

Le : **23/10/2020**

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
du 01/10/2012 au 10/10/2012	Acte n° 20-1012762	1	Montant = 1367,000€	INP : FACTURATION SERVICE CNSS DÉPARTEMENTAL

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Dents Traitées</th> <th>Nature des Soins</th> <th>Coefficient</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																												INP : <input type="text"/>									
		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																																					
CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																																									
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																																									
DÉBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/>																																									
FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/>																																									
	O.D.F. PROTHÉSES DENTAIRES <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2"> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">35533411</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2">11433553</td> </tr> </tbody> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession </td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> </tr> </tbody> </table>	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE		<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">35533411</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2">11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000		35533411		B		11433553		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																		CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
		DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE																																							
		<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">35533411</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2">11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000		35533411		B		11433553																							
		H																																							
		25533412	21433552																																						
		00000000	00000000																																						
		D																																							
		00000000																																							
		35533411																																							
		B																																							
11433553																																									
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																																									
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																																									
DATE DU DEVIS <input type="text"/>																																									
DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>																																									
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																																									
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION																																									



**NOTE CONFIDENTIELLE
DU MEDECIN TRAITANT**

1) Date de la constatation de l'état de malade :

10/10/20

2) Renseignements cliniques sommaires :

flèche dorsale
dex dr

3) Traitement envisagé et actes :

3) Traitement envisagé et actes :

Exploration

Prov. de l'Est

113 K10



2) Durée prévisible du traitement :

151

A *curv* LE 10/10/16

Signature



10/10/20

Compte rendu opératoire

Nom & Prénom	Hind EL AKCHI
Age /Sexe	26 ans
Médecin opérateur & INP	Dr. ABOU EL FADEL OMAR ORTHOPÉDIQUE VASCIAIRE
Diagnostic	plaie sur la dorsale index
Type d'intervention	Explorati... sur
Date d'intervention	10/10/20



M⁶ 07540

le Corps du CRO

Patient n°
D 100 A. 1
Exploration
notre
de
Ces
stare cutanée
mm

Traitement post opératoire

Evolution

Autres informations

N.B : Toujours joindre les copies des résultats des bilans biologique et radiologique réalisés.



Signature et cachet du
Médecin Traitant

DR ABOU EL FADEL OMAR
TRAUMATOLOGUE VASCULAIRE

N° IPP :	1171034	N° SEJOUR :	202005213	FACTURE N° 2001012762				DATE D'ENTREE :	09/10/2020	DATE DE SORTIE :	10/10/2020
ASSURE :								DESTINATAIRE :			
MALADE :	ELARCHI,Hind				N° IMMAT C.N.S.S :				ELARCHI,Hind		
NOM JEUNE FILLE :									LOT AL AZHAR GH 56 B IMM 51 APPT 1		
TIERS PAYANT 1 :					N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :				2 OULFA CASA		
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, MATERNIT											
FORFAIT K10	FK10	1.00	600.00	600.00					0.00	600.00	
ACTES DE BIOLOGIE											
ACTES BIOLOGIE REMBOURSABLES PAR L'AMO	BAMO	410.00	1.10	451.00					0.00	451.00	
ACTES DE RADIOLOGIE											
ACTES RADIOLOGIE REMBOURSABLE PAR L'AMO	ZAMO	31.00	10.00	310.00					0.00	310.00	

TOTAUX :				1361.00							1361.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :				PLAFOND PC :						ACOMPTE:	
MILLE TROIS CENT SOIXANTE ET UN DHS				REMISE :	0.00	REGLE :				AVOIR :	
				RESTE DU:	1361.00						
DATE FACTURE : 12/10/2020				ACCIDENT DE TRAVAIL							
EDITEE LE : 12/10/2020				N° DE POLICE :						DATE AT :	
PAR: SAWAB				Reglement à effectuer à l'ordre de :	POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef						
VISA				BANQUE :	BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA						
				N° compte bancaire :	011 780 0000 70 210 00 60 028 31						

M^{le} 07540DECOMPTE LABORATOIREN° de séjour 202005213Nom

ELARCHI

Prénom

HIND

<u>CODE</u>	<u>LIBELLE</u>	<u>ACTE</u>	<u>COEF</u>	<u>NBR</u>	<u>PRIX</u>	<u>TOTAL</u>
HEM00027	Tempsdecéphalinekaolin(TCK)	B	40.00	1	1.10	44.00
HEM00024	Tauxdeprothrombine	B	40.00	1	1.10	44.00
BIO00012	Créatinine	B	30.00	1	1.10	33.00
BIO00019	Glycémie	B	30.00	1	1.10	33.00
HEM00005	NumérationFormule(Globulesrouges/Bl	B	80.00	1	1.10	88.00
BIO00036	Urée	B	30.00	1	1.10	33.00
BIO00021	Ionogramme complet(Na,K,CI,Prot,RA,	B	100.00	1	1.10	110.00
HEM00017	GroupeABOetRhésus	B	60.00	1	1.10	66.00
TOTAL			410.00			451.00



14 07540

DECOMPTE

N° de séjour : 202005213

UF de présence : 1003 ORTHOPEDIE & TRAUMATOLOGIE

N° de séance : 202010100065

UF demandeur : 1003 ORTHOPEDIE & TRAUMATOLOGIE

N° IPP : 0001171034 ELARCHI,Hind

Date et heure : 10/10/2020 09:09

Né(e) le : 27/06/1975

Intervenant : 10531 DR SOUBHI

UF	INTERVENANT	CDAM/TARIF	LET.CLE	TARIF	COEFF	COEF.T	MONTANT
5004	EQUIPE INFIRMIERS	Glycémie	B	1.10	1.00	30.00	33.00
5004	EQUIPE INFIRMIERS	Créatinine	B	1.10	1.00	30.00	33.00
5004	EQUIPE INFIRMIERS	Urée	B	1.10	1.00	30.00	33.00
5004	EQUIPE INFIRMIERS	Ionogramme complet(Na,K,Cl,Prot,RA,Ca)	B	1.10	1.00	100.00	110.00
5004	EQUIPE INFIRMIERS	Numération Formule(Globules rouges/Blancs/plaquettes	B	1.10	1.00	80.00	88.00
5004	EQUIPE INFIRMIERS	Groupe ABO et Rhésus	B	1.10	1.00	60.00	66.00
5004	EQUIPE INFIRMIERS	Taux de prothrombine	B	1.10	1.00	40.00	44.00
5004	EQUIPE INFIRMIERS	Temps de céphaline kaolin(TCK)	B	1.10	1.00	40.00	44.00
5004	EQUIPE INFIRMIERS	ACTES PRATIQUES PAR L'INFIRMIER	AMI	7.50	1.00	1.50	11.25

Total : 462.25

BIOCHIMIE

SANG

- | | | | |
|-----------------|--|--|---|
| Glycémie à jeun | <input type="checkbox"/> Alat | <input type="checkbox"/> Cholesterol total | <input checked="" type="checkbox"/> Calcium |
| Glycémie P.P | <input type="checkbox"/> Alsat | <input type="checkbox"/> Cholesterol HDL | <input type="checkbox"/> CPK Total |
| H.P.O | <input type="checkbox"/> Ph. Alcaline | <input type="checkbox"/> Cholesterol LDL | <input type="checkbox"/> CPK MB |
| Hb. Glycolysée | <input type="checkbox"/> > | <input type="checkbox"/> Cholesterol libre | <input type="checkbox"/> LDH |
| Urée | <input type="checkbox"/> Bilirubine T | <input type="checkbox"/> Lipides totaux | <input type="checkbox"/> Fer sérique |
| Créatinine | <input type="checkbox"/> Bilirubine D | <input checked="" type="checkbox"/> Ionogramme complet | <input type="checkbox"/> Ferritine |
| Phosphore | <input type="checkbox"/> Bilirubine I | <input type="checkbox"/> Na+ | <input type="checkbox"/> Mg sérique |
| Acide Urique | <input type="checkbox"/> Amylase mie | <input type="checkbox"/> K+ | <input type="checkbox"/> Mg Erythrocytaire |
| Albumine | <input type="checkbox"/> Triglycérides | <input type="checkbox"/> Protides | <input type="checkbox"/> Electrophorèse |

URINES

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Ionogramme complet |
| <input type="checkbox"/> Urée |
| <input type="checkbox"/> Clearance créatinine |
| <input type="checkbox"/> Protides (Recherche Dosage) |
| <input type="checkbox"/> Glucose (Recherche Dosage) |
| <input type="checkbox"/> Acétone |
| <input type="checkbox"/> Micro albumine |
| <input type="checkbox"/> Sang |

LCR

- | |
|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Protides |
| <input type="checkbox"/> Glucose |
| <input type="checkbox"/> Chlore |

Mme EL ARCHI Hind
00-00-0000
A coller sur l'ordonnance



ORDO

HA

MARQUEURS

HORMONOLOGIE

HEMATOLOGIE

CYTOLOGIE - TRANSFUSION

- | | |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> NFS + Plaquettes | <input type="checkbox"/> Compatibilité directe |
| <input type="checkbox"/> VS | (Cross Match) |
| <input checked="" type="checkbox"/> Groupage | <input checked="" type="checkbox"/> TP / INR |
| <input type="checkbox"/> Coombs direct | <input checked="" type="checkbox"/> TCK |
| <input type="checkbox"/> Coombs indirect | |
| <input type="checkbox"/> Agglutines irrégulières | |

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> CRP |
| <input type="checkbox"/> Latex |
| <input type="checkbox"/> Waaler Rose |
| <input type="checkbox"/> ASLO |
| <input type="checkbox"/> Ac Anti DNA |
| <input type="checkbox"/> Ac Anti Nucléaires |
| <input type="checkbox"/> VDRL |

BACTERIOLOGIE

GERMES BANAUX

- | | | |
|-----------------------|--------------------------|--|
| ECBU | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Hémoculture |
| P.Pus | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Parasitologie |
| Tuyaux-Cathéter-Drain | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Coproculture |
| Sonde Vésicale | | |
| P. Tracheobronchique | | |
| LCR | | |
| Ascite | | |

BK

LCR

Crachats

Pus

RENSEIGNEMENTS CLINIQUE

Date : 09/01/2020 Service :

IPP : 171034 Nom & Prénom : EL ARCHI Hind

place du 2^e droitFEUILLE DE RENSEIGNEMENT
à remplir dans l'ordre

LABORATOIRE D'ANALYSE DE BIOLOGIE MEDICALE
CNSS DERB GHALLEF

Date du prélèvement : 09-10-2020 à 21:06

Code patient : 2010090057

Né(e) le : ()

IPP : 1171034



Mme EL ARCHI Hind

Dossier N° : 2010090057

Prescripteur :

TRAUMATO-ORTHOPEDIE

HEMATOLOGIE

HEMOGRAMME

(SYSMEX XN-450)

Leucocytes

11 100 /mm³

(4 000-10 000)

3.94 10⁶/mm³

Hématies

VGM

79 fl

(80-95)

TCMH

26 pg

(28-32)

CCMH

33 %

(30-35)

Lignée érythrocytaire

Hémoglobine

10.2 g/dL

(12.0-17.0)

Hématocrite

31 %

(37-52)

VGM

79 fl

(80-95)

TCMH

26 pg

(28-32)

CCMH

33 %

(30-35)

Formule leucocytaire

Neutrophiles

69.5 % soit

7714.50 /mm³

(2 000.00-7

500.00)

Eosinophiles

4.0 % soit

444.00 /mm³

(100.00-400.00)

Basophiles

0.5 % soit

55.50 /mm³

(0.00-150.00)

Lymphocytes

19.1 % soit

2 120.10 /mm³

(1 500.00-4

000.00)

Monocytes

6.9 % soit

765.90 /mm³

(200.00-800.00)

Numération plaquetttaire

Plaquettes

348 000 /mm³

(150 000-400 000)

Volume Plaquettaire Moyen

11.1 fl

(6.0-11.0)

HEMOSTASE

TEMPS DE QUICK

Temps du témoin

13 sec.

(70-100)

Temps du patient

13 sec.

(70-100)

Taux de prothrombine

100 %

(70-100)

INR

1.0

Temps de céphaline activé

Temps Témoin

35 s

Temps Patient

33 s

(28-42)

Rapport

1



M - 0254
2010090057 - Mme Hind EL ARCHI

BIOCHIMIE SANGUINE

Glycémie à jeun 1.06 g/l (0.74-1.10)
(spectrophotométrie, biolab)

Ionogramme Complet

Sodium	138	mmol/L	(135-145)
Potassium	4.39	meq/L	(3.50-5.40)
Chlore	100	meq/L	(98-107)
Réserve alcaline	24	meq/L	(20-30)
Protéines totales	79	g/L	(64-83)
Calcium	109	mg/L	(84-102)
Urée	0.30	g/l	(0.16-0.48)
Créatinine	9	mg/L	(5-12)

IMMUNO-HEMATOLOGIE

GROUPE SANGUIN ABO ET RHESUS

Groupe sanguin ABO A
Rhésus (D) Positif

Deux déterminations, chacune réalisée en double, sont nécessaires à la délivrance d'une carte de groupe sanguin définitive.

Validé par : TAGHIAM ASMAE



DECOMPTE RADIOLOGIE

M6 = 07540

N° de séjour 202005213

Nom ELARCHI

Prénom HIND

CODE	LIBELLE	ACTE	COEF	Nombre	PRIX	TOTAL
T205	Téléradiographie du thorax, quel que soit le nor	Z	16.00	1	10.00	160.00
T101	Examen radiologique de la main	Z	15.00	1	10.00	150.00
TOTAL					31.00	310.00



M⁶
M = 07542

100-111



CARTE DE GROUPE SANGUIN

Mentions
biologiques
spéciales

ORTHO

PHOTO

PREMIERE DETERMINATION

0057 N° d'examen Date Préleur	ABO	Rh	D ^u	D	C	c	E	é	K	RAI
	Nom Prenom (Nom de jeune fille) Adresse Date et lieu de Naissance									

EP ARCHI HIND

Le Directeur
du laboratoire

Vignette Groupe Rhésus
POSITIF

Attention : les résultats figurant ci-dessus ne doivent être considérés comme définitifs qu'après une deuxième détermination effectuée sur un **second** prélèvement

DEUXIEME DETERMINATION

N° d'examen Date Préleur	ABO	Rh	D ^u	D	C	c	E	é	K	RAI
	Nom Prenom (Nom de jeune fille) Adresse Date et lieu de Naissance									

Le Directeur
du laboratoire

Vignette Groupe Rhésus

ن° 07540

مصلحة الفحص بالأشعة

SERVICE DE RADIOLOGIE



INPE 090001512
ICE 001757364000080
Polyclinique
Derb-Ghallef

Casablanca le 09/10/2020

Patient (e) : EL ARCHI HIND

RADIOGRAPHIE THORACIQUE DE FACE

RESULTAT

- Absence de foyer parenchymateux d'allure évolutive décelable
- Culs de sacs pleuraux libres
- Respect de la silhouette cardio-médiastinale

I.R.M
(1.5 Tesla)

Scanner
(Corps Entier)

Radiologie
Numérique

Echo-Doppler
(Couleur)

Dr JELLOULI

Dr JELLOULI
Médecin Radiologue
INPE - 121733531



INPE 090001512

ICE 001757364000080

Polyclinique
Derb-Ghallef

٢٤ ٠٧٥٤
مصلحة الفحص بالأشعة

SERVICE DE RADIOLOGIE

Casablanca le 09/10/2020

Patient (e) : ELARCHI HIND

RADIOGRAPHIE DE LA MAIN DROITE FACE + PROFIL

- Absence de solution de continuité osseuse nettement décelable
- Intégrité des interlignes articulaires
- Respect des parties molles

I.R.M
(1.5 Tesla)

Scanner
(Corps Entier)

Aspect à corréler aux données de l'examen clinique ++

Radiologie
Numérique

Echo-Doppler
(Couleur)

Dr JELLOULI Omar
Médecin Radiologue
INPE : 101183531

DR JELLOULI