

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.

82398

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1794

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MAJD EL ARBI

Date de naissance : 01/01/53

Adresse : 91 RD SINHRA H. ILY ABOELLAH CASA

Tél. : 06 61 24 11 48

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 1/01/21

Nom et prénom du malade : Nujat Amine

Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : lipome

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 :

Le : 1/1/21

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVÉ DES HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
5/8/91	Consultation			Dr. Abdellatif Chirurgien Polyclinique CNSS-INARA 78 0322 30 45 13

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL KHAYAM Bd Sennar Hy Mly Abdellah Al Ain check Casablanca tel: 0522 50 29 39	05/08/21	PHARMACIE AL KHAYAM Bd Sennar Hy Mly Abdellah Al Ain check Casablanca tel: 0522 50 29 39 146,60

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		AM*	P.C	IM	
REBEL	20/04/2014	1	1	0	
	CONSULTATION				



الضمان الاجتماعي
CNSS

مِنْفَةٌ

0000877308 2 11/06/1960

11/06/1960

MAJD

AMINA PC ASS

121002624

CHB GLE & VISCERALE

CHR. GEE &
SALLE LIT

05/08/2021

5/08/2014

2



الإنارة II
INARA II

le 25.08.2011,

Boulevard Al Qods, Inara II - Aïn Chok - CASABLANCA

Tél. : 0522 21 30 90 - 0522 21 30 93 - Rendez-vous : 0522 50 45 13 - Fax : 0522 50 48 06

Laboratoire d'Anatomie Et de Cytologie Pathologique 2 Mars Sounna

Dr NAOUMI Sanâa

Ancien Médecin au CHU

000877308 2 11/06/1960

MAJD

AMINA PC ASS

121002624

05/08/2021

CHR.GLE & VISCERALE

SALLE LIT

D



د. نوامى بناء

خريجة كلية الطب والصيدلة الدار البيضاء
طبيبة سابقة بمستشفى ابن رشد

Fax : 05 22 82 74 88
holo2marsounna@gmail.com

PATHOLOGIQUE ET HISTOPATOLOGIQUE

Nom et Prénom du Patient :

Age :

Habib

Date du prélèvement :

Nature du prélevement : Biopsie Biopsie Exérèse Pièce Opératoire Cytologie

Siège du prélèvement :

Renseignements cliniques et paracliniques :

Antécédents :

Pour F C V et biopsie endométriale à visée hormonale :

Date des dernières règles :

Parité

Thérapeutique antérieure ou en cours :

Durée du cycle :

Frottis conventionnel Vagin

Frottis monocouche

CBE

Exocol

Endocol

Cachet et Signature du médecin :

Dr. H. Sounna

2 مارس حي المسجد زنقة ب رقم 453 (أمام مسجد السنة)

Bd 2 Mars Hay El Masjid Rue B Imm 453 C. sablanca (en face Mosquée Sounna)



وصفة

ORDONNANCE

le 01.09.2021

Majiel Amiâa

par moyen

+

à prendre

x

Bréfation n° ٨٨



7

Boulevard Al Qods, Inara II - Aïn Chok - CASABLANCA

Tél.: 0522 21 30 90 - 0522 21 30 93 - Rendez-vous : 0522 50 45 13 - Fax : 0522 50 48 06



Laboratoire d'Anatomie et de Cytologie Pathologiques

2 Mars Sounna

مختبر التشريح المرضي 2 مارس - السنة

Date de prélèvement : 05/08/2021
Date de réponse : 18/08/2021
Sexe : F
Age : 68 ans

Réf. : H2108-0505
Nom du patient : MAJD AMINA
Date de réception : 05/08/2021
Préscripteur : DR HOUSNI ABDELLATIF /

NATURE DU PRELEVEMENT

Lipome

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Il est parvenu trois masses, mesurant 5x3x1.5cm, 5.5x3.5x0.6cm et 6x4x1.5cm. A la coupe, aspect fibro-adipeux. Histologiquement, il s'agit d'une prolifération fibro-collagène comportant des fibres élastiques fragmentées et amas adipocytaires réguliers. Il n'est pas vu d'atypie cyto-nucléaire ni de mitose anormale.

Conclusion:

- Aspect morphologique compatible avec un élastofibrome sans signe de malignité.

Dr NAJAH Saffaa
Médecin Spécialiste en Anatomie
Pathologique et Cytologique
2 Mars Sounna - Casablanca - Maroc

Laboratoire d'Anatomie et de Cytologie Pathologiques 2 Mars Sounna

FACTURE

REF : FA210942

Casablanca, le 31/08/2021

Date de facturation 05 / 08 / 2021
Médecin traitant DR HOJSNI ABDELLATIF
Patient MAJD AMINA - 005614
Demande 2108-0505 - 05/08/2021

Liste des examens

A Payer	600,00	Dhs
coefficient-P	545	

Arrêtée la présente facture à la somme de : SIX CENTS DIRHAMS ET 00 CENTIMES



POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA

Bd EI-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 IF: 1602058



N° IPP :	270473	N° SEJOUR :	210026939	FACTURE N° 2102009289				DATE D'ENTREE :		01/09/2021	DATE DE SORTIE :		01/09/2021	
ASSURE :								DESTINATAIRE :		MAJD,Amina				
MALADE :	UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI													
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				
FORFAIT HOSPITALISAT°, REA, CHIRURGIE, MATERNITE	MP	1.00	40.00	40.00					0.00	40.00				
Pansement Moyen														
FOURNITURES MEDICALES				7.57					0.00	7.57				

Intervenant :	146999 EQUIPE INFIRMIERS DES INFIRMIERS (INFIRMIER (ERE	TOTAUX :	47.57							47.57		
Arrêtée la présente facture à la somme de :			PLAFOND PC :					ACOMPTE:				
QUARANTE SEPT DHS ET CINQUANTE SEPT CENTIMES			REMISE :	0.00	REGLE :			AVOIR:				
			RESTE DU:	47.57								
DATE FACTURE :	01/09/2021	EDITEE LE :	01/09/2021	PAR:	LAKHDA	ACCIDENT DE TRAVAIL :		DATE AT :				
VISA			N° DE POLICE :									
			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							

