

# 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.

## Séduction :

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 canalaire, 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 canalaire.

## 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

Nº P19- 056552

88474

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1781

Société : Q.A.F

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BOUZIA D

KEBIRA

Date de naissance : 23/09/1950

Adresse : 332 Bd Bourdeau CASA Bourgogne

1-A-R-A-C

Tél. : 06 62 19 19 10

Total des frais engagés :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 20/09/2021



## 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
08/09/2021	C 2		15.50 H	<i>Docteur Hamza EL AYACHE Urologue - Sexologue Tél: 06 50 20 62 06 INPE: 0091186418</i>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie Tamaarouft Dr. BENKIRANE Dounia 4, Rue Tamaarouft - Bourgogne Casablanca - Tél. 05 22 26 616</i>	15/09/2021	1559 462,50 H

## ANALYSES - RADIOPHGRAPHIQUES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>Dr. Hicham SATOR Médecin Radiologue INPE: 011189917 LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICAUX BORDEAUX 280 Bd Bourdonne 33000 Tél: 0522 22 29 62 / Fax: 0522 22 29 62 laboratoirebordeaux@gmail.com</i>	08/09/2021	<i>Dr. Hicham SATOR Médecin Radiologue INPE: 011189917 LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICAUX BORDEAUX 280 Bd Bourdonne 33000 Tél: 0522 22 29 62 / Fax: 0522 22 29 62 laboratoirebordeaux@gmail.com</i>	<i>B: 150 Logos 3H.</i>

## AUXILIAIRES MEDICAUX

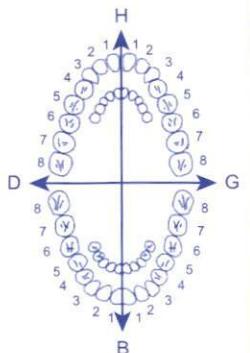
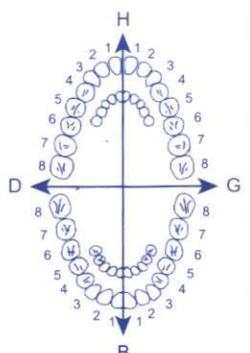
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## 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 canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux												
				MONTANTS DES SOINS												
				DEBUT D'EXECUTION												
				FIN D'EXECUTION												
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>				Coefficient des Travaux												
<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>				MONTANTS DES SOINS												
<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	DATE DU DEVIS
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				DATE DE L'EXECUTION												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# وصفة ORDONNANCE

LOT 210764  
EXP 03/2024  
PPV 6/2020  
Q50

15/09/2021

Mme Bougjed Nekissa

6250 Mispas

صيدلية تاماعروفت  
Pharmacie Tamaarouft  
Dr. BENKIRANE Dounia  
4, Rue Tamaarouft - Bourgogne  
Casablanca - Tél. 06 22 26 56 16

150 X558/j  
0920045581

Docteur Hamza EL NEIL  
Urologue-Sexologue  
Tél.: 06 56 20 62 06  
INPE: 0091186478

وصفة  
ORDONNANCE



درب غلف  
DERB GHALLEF

Le 08/09/2021

M<sup>m</sup> Bou Zid Kehila

Docteur Hamza EL NEIL  
Urologue-Sexologue  
Tél.: 06 56 20 62 06  
INPE: 0091186478

NOU  
XIC

cystinat g/

2 g + 21 ml sur 2 mois

Chambre - Tél. 05 22 86 42 05  
Dr. HAMZA EL NEIL  
Pharmacie Tammam Oufir  
159, rue Tammam Oufir  
Casablanca - Maroc

Docteur Hamza EL NEIL  
Urologue-Sexologue  
Tél.: 06 56 20 62 06  
INPE: 0091186478



وصفة  
ORDONNANCE

Le 08/09/21

M<sup>me</sup> Bouazzad Kader

E C B M

laboratoire d'Analyses Médicales Bordeaux  
Dr. El-JENNANE Zineb  
Médecin biologiste  
280, Bd. Bordelais RDC Bourgogne-Casa  
Tél.: 0522 22 30 37 - Fax: 0522 22 29 62  
Tél.: 25 46 03 18 - RC: 42 739

Docteur Hamza EL NIZI  
Urologue-Sexologue  
Tél.: 06 56 20 62 06  
INPE: 0091186478

وصفة  
ORDONNANCE



درب غلف  
DERB GHALLEF

OK

Le .....

8/09/21

M<sup>me</sup> Bouzid

Docteur Hamza EL NEJAD  
Urologue-Sexologue  
Tél.: 06 56 20 62 06  
INPE: 0091186478

prisante au moyen  
Fair l'hydrogène et  
et décale.

Docteur Hamza EL NEJAD  
Urologue-Sexologue  
Tél.: 06 56 20 62 06  
INPE: 0091186478

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 : 1239736	N° SEJOUR : 210071446	<b>FACTURE N° 2102017958</b>				DATE D'ENTREE : 08/09/2021 DATE DE SORTIE : 08/09/2021				
ASSURE :						DESTINATAIRE : BOUZIAD,Kabira				
MALADE : BOUZIAD,Kabira		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
CONSULTATION DE MEDECIN.	CS	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00
CONSULTATION DE SPÉCIALISTE										

Intervenant : 09022017 DR EL NEIL HAMZA UROLOGUE	TOTAUX :	150.00							150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :	CENT CINQUANTE DHS	PLAFOND PC :						ACOMPTE:	
		REMISE :	0.00	REGLE :	150.00			AVOIR:	
		RESTE DU:	0.00						
DATE FACTURE : 08/09/2021	EDITEE LE : 08/09/2021	PAR: SAAD	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						





LABORATOIRE BORDEAUX

# LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES BORDEAUX

## مختبر التحاليل الطبية ببوردو

Dr. Zineb EJ JENNANE : Médecin Biologiste

Biochimie	Hématologie	Hémostase	Immunologie	Hormonologie
Bactériologie	Parasitologie	Mycologie	Virologie	Biologie de la reproduction



Dossier : 2109090033  
 Prélèvement du : 09-09-2021  
 Edition : 10-09-2021

**Mme BOUZIAD Kebira**  
 Né(e) le 23-09-1950  
 Code Patient 2105290013  
 Médecin

### BACTERIOLOGIE-PARASITOLOGIE

#### EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES

Date de recueil	09-09-2021
Type de recueil	2ème jet
Lieu de receuil	Au laboratoire
Aspect	Clair
Culot	Culot faible

#### Examen chimique (recherche)

Sucre	Recherche négative		
Protéines	Recherche négative		
Acétone	Recherche négative		
Nitrites	Recherche négative		
pH (potentiel hydrogène)	6		
Densité	1.020	16-06-2021	1.015

#### Examen microscopique

Leucocytes	8 000 / ml	(0-10 000)	4 000
Hématies	6 000 / ml	(<1 000)	1 000
Cellules épithéliales	Absence		
Cylindres	Absence		
Cristaux	Absence		
Levures	Absence		
Trichomonas	Absence		
Examen direct	Absence de germes		

#### Culture

(Cultures sur milieux de CLED)

#### Cultures

< 10<sup>3</sup> UFC/ml. Cultures stériles après 24h d'incubation à 37°C.

Demande validée biologiquement par : Dr. Zineb EJ JENNANE

Prélèvement à domicile sur rendez-vous : 06 71 45 29 04



# LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES BORDEAUX

Dr. EJ JENNANE ZINEB : Médecin Biologiste

280, Bd Bordeaux, RDC - 20040 - CASABLANCA

Tél : 0522 22 30 37 / 08 08 35 31 54 Fax : 0522 22 29 62

Site web: [www.labobordeaux.com](http://www.labobordeaux.com) Email:laboratoirebordeaux@gmail.com

TP : 35460318 IF :15269526 RC : 422030 INPE : 093061190 ICE : 000232167000019

LABORATOIRE BORDEAUX

**FACTURE N° : 210900110**

Casablanca le 09-09-2021

**Mme BOUZIAD Kebira**

Demande N° 2109090033

Date de l'examen : 09-09-2021

Analyses :

## Récapitulatif des analyses

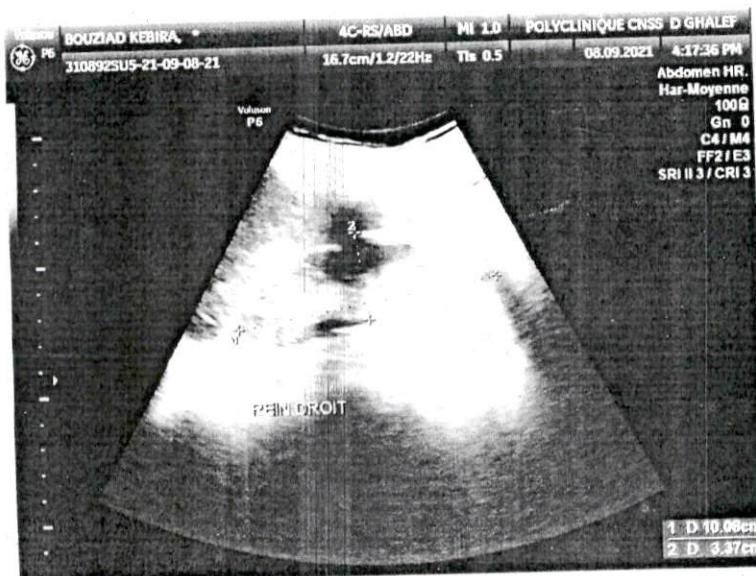
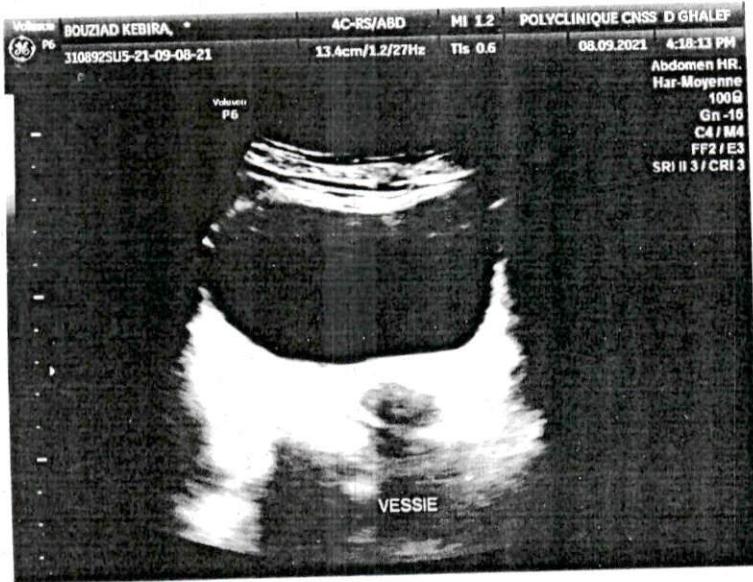
CN	Analyse	Val	Clefs
0241	Cytologie, culture, identification	B90	B
0242	Antibiogramme	B60	B

Total des B : 150

TOTAL DOSSIER : 200.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : deux cents dirhams

Laboratoire d'Analyses Médicales Bordeaux  
Dr. EJ-JENNANE Zineb  
Médecin Biologiste  
280, Bd Bordeaux RDC Bourgogne-Casa  
Tél : 0522 22 30 37 - Fax : 0522 22 29 62  
TP : 35460318 - RC : 422030





INPE 090001512  
ICE 001757364000080

Polyclinique  
Derb-Ghallef

مصلحة الفحص بالأشعة

## SERVICE DE RADIOLOGIE

Casablanca le : 08.09.2021

Patient (e) : BOUZIAD KEBIRA

Médecin prescripteur : DR HAMZA EL NEIL

### ECHOGRAPHIE RENO-VESICALE

- Reins de taille normale, de contours réguliers, bien différenciés, sans dilatation des cavités excrétrices.
- Absence d'image de lithiase rénale.
- Vessie pleine sans lésion endoluminale ou pariétale.
- Absence d'épanchement rétro péritonéal.

I.R.M  
(1.5 Tesla)

Scanner  
(Corps Entier)

Radiologie  
Numérique

Echo-Doppler  
(Couleur)

### CONCLUSION :

➤ Echographie réno-vésicale sans anomalie.



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 :	1239780	N° SEJOUR :	210071498	FACTURE N° 2105046298				DATE D'ENTREE : 08/09/2021		DATE DE SORTIE : 08/09/2021	
ASSURE :								DESTINATAIRE :			
MALADE : BOUZIAD,Kebira NOM JEUNE FILLE :				UF: 5002 URGENCES N° IMMAT C.N.S.S. :				BOUZIAD,Kebira			
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	200.00	

Intervenant : 01062017 DR SATOR HICHAM RADIOLOGUE	TOTAUX :	200.00								200.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX CENTS DHS	PLAFOND PC :								ACOMPTE:	
	REMISE :	0.00	REGLE :	200.00					AVOIR :	
	RESTE DU:	0.00								
DATE FACTURE : 08/09/2021	EDITEE LE : 08/09/2021	PAR: IMANE	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							

