

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| O Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| O 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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-686258

27/02/2019  
N° 21-686258

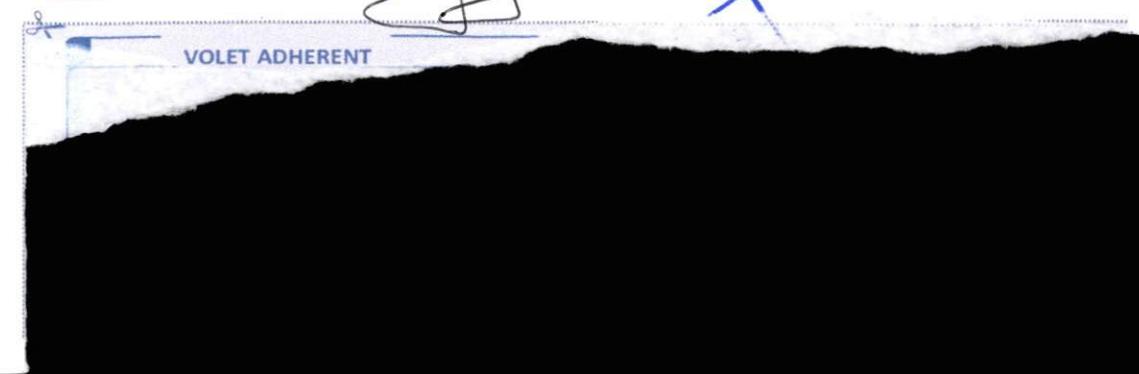


Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	7842	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	Chouki HASSAN
Nom & Prénom :		Chouki HASSAN	
Date de naissance :		27/02/1968	
Adresse :			
Tél. :		06.61.91.53.43	
Total des frais engagés : ..... Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
INSTITUT HOSPITALIER ACCUEIL 2019 2022	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade :	
Chouki HASSAN	
Lien de parenté :	
<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie :	
Affection	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	
Date 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	
Signature de l'adhérent(e) :	
Le : 27/02/2019	



## **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
10/02/2023	100%	12000	INP : 090116158	Dr. ZGUENUI Abderrahmane Service des Urgences Polyclinique CHU de la Rabta Ghalia

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Relais	Date	Montant de la Facture
 ARMAGNEC AGUEDA Artier Val Fleuriot r. Résidence Fabrice Tél/Fax: 03 22 59 12 99	12/02/22	152,60

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>LABORATOIRE DR JELLOULI OMAR 50, RUE AL MOURABAT TÉL: 03 22 85 12 00</i>	<i>20/02/2022</i>	<i>day</i>	<i>Dr JELLOULI Omar Radiologue F: 101183531 217.50</i>

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Nom et signature du Participe	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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																		
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																		
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																		
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																		
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">D                            G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D                            G		00000000	00000000	35533411	11433553	<hr/>		B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H																						
25533412	21433552																					
00000000	00000000																					
<hr/>																						
D                            G																						
00000000	00000000																					
35533411	11433553																					
<hr/>																						
B																						
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																		
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



وَصْفَةٌ

## **ORDONNANCE**



Le..... 12/27/2022



ALGIK® 500 mg + 50 mg  
16 comprimés

6 18000 070016



40.40

Meter > foot

~~Aug 38~~

Mu  
Dr. ZGUENDI Abderrahmane  
Service des Urgences  
Polyclinique CHASS Dach Għall-Imru

مختبر المعايير  
LIAISON OFFICE  
LIAISON OFFICE  
LIAISON OFFICE

LOT 219102

EXP 09/24

PPV 13DH20

زنقة الضمان - درب غلف - الدار البيضاء - الهاتف 20 05 22 86 30 إلى 27 - فاكس : 05 22 86 42 05  
Rue Addamane - Derb Ghallef - Casablanca - Tél.: 0522 86 30 20 à 27 - Fax: 05 22 86 42 05



# وصفة ORDONNANCE

Le ..... ١٢/٢/٢٠٢٢

Dr. CHOUKRI HASSAN

Glaive Néfandie gauche ?

Echopix Testiculus gauche ?

Schlong xlin ch l'appareil urinaire ET

TESTICULOPISIE

GUENDI Abderrahmane  
Service des Urgences  
clinique CNSS Derb Ghallef



درب غلف

DERB GHALLEF

# وصفة ORDONNANCE

Le ..... ١٨١٢٢٧

م. CHOAKI HASSAN

ECBM



Dr. ZGUENDOUZ Adderrelli  
Service des Urgences  
Polyclinique CNSS Derb Ghallef

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 :	1274653	N° SEJOUR :	220013840	<b>FACTURE N° 2205003905</b>			DATE D'ENTREE : 12/02/2022		DATE DE SORTIE : 12/02/2022	
ASSURE :			DESTINATAIRE :				CHOUKI,Hassan			
MALADE :	CHOUKI,Hassan		UF: 5002 URGENCES							
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>CONSULTATION DE MEDECIN.</b>	CN	1.00	120.00	120.00					0.00	120.00

Intervenant : 6012012 DR ZGUENDI ABDERRAHMANE (GENERALISTE)	TOTAUX :	120.00								120.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :	PLAFOND PC :									ACOMPTE:
CENT VINGT DHS	REMISE :	0.00	REGLE :							AVOIR :
	RESTE DU:	120.00								
DATE FACTURE : 12/02/2022	EDITEE LE : 12/02/2022	PAR: MOURAD	<u>ACCIDENT DE TRAVAIL :</u>							
VISA			<u>N° DE POLICE :</u>							
		<u>DATE AT :</u>								
		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								



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 : 1274653	N° SEJOUR : 220013839	<b>FACTURE N° 2203005526</b>				DATE D'ENTREE : 12/02/2022		DATE DE SORTIE : 12/02/2022	
ASSURE :						DESTINATAIRE :		CHOUKI,Hassan	
MALADE : CHOUKI,Hassan		UF: 5003 RADIOLOGIE							
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
ACTES DE RADIOLOGIE	ECHOGR	1.00	200.00	200.00					0.00	200.00
ECHOGRAPHIE										

Intervenant : 20022017 DR JELLOULI OMAR RADIOLOGUE	TOTAUX :	200.00							200.00
--	----------	--------	--	--	--	--	--	--	--------

Arrêtée la présente facture à la somme de :	PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
DEUX CENTS DHS	REMISE :	0.00	REGLE :			AVOIR :	
	RESTE DU:	200.00					

DATE FACTURE : 12/02/2022	EDITEE LE : 12/02/2022	PAR: MOURAD	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 CASALAB PALMIER SCP

Dr. Mohammed BEZZARI

Médecin Biogiste

Diplômé de l'université Catholique  
de Louvain à Bruxelles, Belgique



Urgences 24h/24 7j/7

مختبر  
التحليلات الطبية

Dr. Kaoutar OUAZZANI

Pharmacien Biogiste

Diplômée de l'université Paris Descartes  
Ancienne résidente du CHU Ibn Rochd

FACTURE N° 2202123214

LABORATOIRE CASALAB PALMIER

Casablanca le 12/02/2022

INPE : 093002574

Mr Hassan CHOUKI

Demande N° 2202123214

Récapitulatif des analyses		Clé
Analyse		
RECEPTION URINES		E0
Cytologie. Culture. Identification		B90
ATBU.		B60

Total des B : 150

Arrêtée la présente facture à la somme de : ..... \* 217.5 DH \*

**deux cent dix-sept dirhams cinquante centimes**

\*(HN) = analyse hors nomenclature



C

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES CASALAB PALMIER SCP

50, Rue Al Mortada - Palmier - Casablanca

05 22 236 717 / 05 22 988 383 05 22 236 729 contact@casalabpalmier.com

IF : 37741235 • Patente : 34771789 • CNSS : 6576120 • ICE : 002189772000081





## Radiologie Numérique - Echographie - Doppler Couleur Scanner Multibarettes - Angioscanner - IRM

Casablanca le : 12/02/2022

Patient (e) : CHOUKI HASSAN

Prescripteur : Dr A. ZGUENDI

### ECHOGRAPHIE DE L'APPAREIL URINAIRE

#### RESULTAT :

- Reins de taille normale, contours réguliers et bien différenciés
- Pas de dilatation des cavités excrétrices
- Pas d'images de lithiases écho décelables
- Vessie pleine à contenu anéchogène à paroi fine
- Prostate homogène de volume normal : 15 g
- Absence d'épanchement intra-péritonéal
- Testicule gauche ectopique retrouvé à la partie inférieure du pli inguinale sans anomalies notables

#### CONCLUSION :

- Echographie réno-vésico-prostatique sans anomalies notables ; à corrérer au reste des données
- Testicule gauche ectopique

Dr JELLOULI

Dr JELLOULI Omar  
Médecin Radiologue  
INPE : 101183531



CASALAB PALMIER® LABORATORY

« Ceci est un mail seul le résultat papier fait foi »

CASALABPALMIER

**File Number/ Dossier N° : 2202123214**

Results of/ Résultats de : **CHOUKI Hassan**

Date of birth/ Date de naissance : **27/02/1968**

ID Number /N° CIN : **BE81452**

**Mme/Mr Le DR Prescripteur Médecin**

Edition on/Edition du : 13/02/2022

**File registered on/Dossier enregistré le:**

12/02/2022

**Dear colleague,** we thank you for your trust and we will send you the results of your patient.  
**Cher confrère,** nous vous remercions de votre confiance, et nous vous transmettons les résultats de votre patient. .

Compte-rendu complet

## BACTERIOLOGIE

### EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES

#### EXAMEN CYTOLOGIQUE

Recueil	2ème jet
Aspect	Légèrement trouble
Leucocytes	1 / mm <sup>3</sup> (0-10)
Hématies	110 / mm <sup>3</sup> (0-1)
Cellules épithéliales	Rares
Cylindres	Absence
Cristaux	Absence
Levures	Absence
Examen direct	Absence de germes

#### EXAMEN BACTERIOLOGIQUE

Cultures	Stériles.
Numération 1	<10 <sup>5</sup> UFC/ml

| Biological validation by/ Validation biologique par : Dr M. BEZZARI |

Dr K. OUAZZANI |