

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-686258

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 7342 Société : BAH

☒ **Actif** ☐ **Pensionné(e)** ☐ **Autre**

Nom & Prénom : CHOUKI HASSAN

Date de naissance : 27/02/1968

Adresse : KARITUELLE

Tél. : 0661915343 Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin : Dr. ZGUENDI Abderrahmane  
Service des Urgences  
Polyclinique C.N.S. North Ghali

Date de consultation : 12/2/2022

Nom et prénom du malade : CHOUKI HASSAN Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection longue durée

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 : 12/02/2022

Signature de l'adhérent(e) :

VOILET ADHERENT



# RELEVÉ 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
				INP : 0901141585
				Dr. ZGUENDI Adjerrahmane
				Service des Urgences
				Polyclinique CNSS - 1er étage

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet de paiement ou du patient	Date	Montant de la Facture
	12/02/22	152,40

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

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

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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 : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]														
				MONTANTS DES SOINS [ ]														
				DEBUT D'EXECUTION [ ]														
				FIN D'EXECUTION [ ]														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <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>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS [ ]														
				DATE DU DEVIS [ ]														
			DATE DE L'EXECUTION [ ]															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



الضمان الإجتماعي

الضمان الإجتماعي

CNSS

Le devoir de vous protéger

# وصفة ORDONNANCE

مصحة  
POLYCLINIQUE



درب غلف

DERB GHALLEF

Le 12/2/2022

NEOFORTAN®

10 comprimés 160 mg



6 118000 031697

7- CHOUKI HASSAN

98.80

Neofortan 160

2 cr eff 3l

NEOFORTAN® 160 mg

PPV 98DH80  
EXP 10/2024  
LOT 180307

ALGIK® 500 mg + 50 mg

16 comprimés



6 118000 070016

13.20

Algik

2 cr 3l

40.40

Metaspasmyl

2 cr 3l

152.60

آليك

باريتامول (500 ملغ) + كافيين (50 ملغ)

LOT 219102

EXP 09/24

PPV 13DH20

مضاد للصداع

HARMA AGUEDA  
Quartier El Fle  
Murger, R. de l'ence  
Tél: 05 22 86 30 20

Dr. ZGUENDI Abderrahmane  
Service des Urgences  
Polyclinique CNSS Derb Ghalif

رنقة الضمان - درب غلف - الدار البيضاء - الهاتف 05 22 86 30 20 إلى 27 - فاكس : 05 22 86 42 05

Rue Addamane - Derb Ghalif - Casablanca - Tél.: 0522 86 30 20 à 27 - Fax: 05 22 86 42 05





وصفة  
ORDONNANCE



Le 12/2/2022

7. CHOUKI HASSA

Clinique Neurologie gauche ?

Echographie Testicules droite ?

Echographie de l'organe masculin ET

TESTICULAIRE

Dr. ZGUENDI Abderrahmane  
Service des Urgences  
Polyclinique CNSS Derb Ghallef



وصفة  
ORDONNANCE



Le ..... 18/2/2022

M. CHOUKI HASSAN

ECBU



Dr. ZGUENDI Addamane  
Service des Urgences  
Polyclinique P.M.S.C. Derb Gh.

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 :						
MALADE : CHOUKI, Hassan		UF: 5002 URGENCES		CHOUKI, Hassan						
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 % / Dh MONTANT		TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT		PART DU MALADE % / Dh MONTANT	
CONSULTATION DE MEDECIN.	CN	1.00	120.00	120.00					0.00	120.00
CONSULTATION GENERALISTE (NUIT ET JOUR F										

Intervenant : 6012012 DR ZGUENDI ABDERRAHMANE (GÉNÉRALISTE)	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	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				



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

FACTURE N° 2203005526

DATE D'ENTREE : 12/02/2022 DATE DE SORTIE : 12/02/2022

**ASSURE :**

MALADE : CHOUKI.Hassan

NOM JEUNE FILLE :

**TIERS PAYANT 1 :**

**TIERS PAYANT 2 :**

REF. PC 1 :

REF. PC 2 :

UF: 5003 RADIOLOGIE

N° IMMAT C.N.S.S.:

N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :

N° SE. SOC. ETRANG. :

DESTINATAIRE :

CHOUKI, Hassan

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

Arrêtée la présente facture à la somme de :

DEUX CENTS DHS

PLAFOND PC :

REMISE :	0.00	REGLE :
----------	------	---------

ACOMPTE:

AVOIR :

RESTE DU:	200.00
-----------	--------

DATE FACTURE : 12/02/2022

EDITEE LE : 12/02/2022 PAR: MOURAD

VISA

ACCIDENT DE TRAVAIL :

N° DE POLICE :

DATE AT :

Réglement 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





**FACTURE N° 2202123214**  
LABORATOIRE CASALAB PALMIER

Casablanca le 12/02/2022

INPE : 093002574

**Mr Hassan CHOUKI**

Demande N° 2202123214

Récapitulatif des analyses	
Analyse	Clé
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







## **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 corrélérer 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 »

**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 / mm3 (0-10)
Hématies	110 / mm3 (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. OUZZANI