

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

Nº W19-442167

131406

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

9020

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

KHALIDI ADR

Date de naissance :

22/06/73

Adresse :

Télé. : 0662763203 Total des frais engagés :

677,11

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. ARNIL Khadidje
Médecin

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Khalid IDRIS

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 :

cas

Le : 26/10/12

Signature de l'adhérent(e) :

Elyas

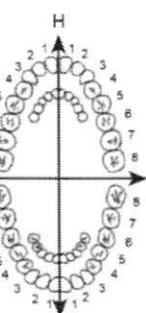
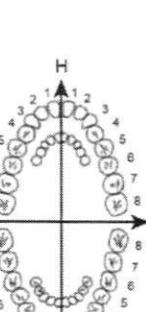


RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
26/09/19	K10	1	278.81	INP. DR. A. B. C. D.

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LE CRÉPUSCULE Rue 56 Lot Hassani CASABLANCA Tél./Fax: 01 22 90 00 47	26/09/22	194,60

ANALYSES - RADIographies			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	26.10.91 R.R.	B 150	217,5 D.H.

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																				
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 PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 0 5px;">25833412</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 0 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 0 5px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 0 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 0 5px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 0 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 0 5px;">35533411</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 0 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25833412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000	G	35533411	11433553	B			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	25833412	21433552																		
	00000000	00000000																		
D	00000000	00000000																		
G	35533411	11433553																		
B																				
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

وصفة

ORDONNANCE

صحة
POLYCLINIQUE



الزيراوي
ZIRAOUI

le 26/9/2022

Egant Khalidi idriss

x 1) cotri oral

S.V.

PPU 21DH20
EXP 06/2025
LOT 24008 2

29,00 1 cap x 25 pdr/j

2) Enteroxy

S.V.

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain seba Casablanca
Enterogermina 2 milliards
susp b 10 fl 5 ml
P.P.V : 60,00 DH

60,00 1/2 cap a/j

S.V.

6503
B10C DEX MAROC 10/21
PPV 67.00 DH

3) Ultrale

10/24

67,00 1/2 cap a/j

S.V.

Rue 50
Tél./Fax: 05

4) Ixon 100

IXOR 10 mg 14 comprimés effervescents

46,00 1 cap; le matin à jeun

PPV 46DH20
EXP 06/2023
LOT 13057 1

19,40

Dr. ARNIL Kha
Médecin

وصفة

ORDONNANCE

le 26/9/2022 .

Eidat Khalidi Idriss

fin ap

- ECBU.

64 1

BB KHALIDI Idriss
M 12-12-2013
2209263157
Date/Heure Prélèvante:
ATBU, CTRL, ECBU

-PRELEVEMENT-



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

Pharmacienne Biogiste

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

FACTURE N° 2209263157 LABORATOIRE CASALAB PALMIER

Casablanca le 26/09/2022

INPE : 093002574

Enf (M) Idriss KHALIDI

Demande N° 2209263157

Récapitulatif des analyses	
Analyse	
RECEPTION URINES	
Cytologie. Culture. Identification	
ATBU	

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





0 9 0 0 0 1 5 5 3

N° IPP : 751009	N° SEJOUR : 220031308	FACTURE N° 2205011984				DATE D'ENTREE : 26/09/2022 DATE DE SORTIE : 26/09/2022				
ASSURE :	MALADE : KHALIDI,Idriss					UF: 5002 URGENCES	DESTINATAIRE : KHALIDI,Idriss			
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
AUTRES ACTES COTES EN K	K	10.00	22.50	225.00					0.00	225.00
PRODUITS PHARMACEUTIQUES				43.61					0.00	43.61
FOURNITURES MEDICALES				10.20					0.00	10.20

Intervenant : M0200034 DR ARMIL KHADIJA	TOTAUX :	278.81							278.81
Arrêtée la présente facture à la somme de :	PLAFOND PC :								ACOMPTE:
DEUX CENT SOIXANTE DIX-HUIT DHS ET QUATRE-VINGT ET UN CENTIMES	REMISE :	0.00	REGLE :	278.81					AVOIR:
	RESTE DU:	0.00							
DATE FACTURE : 26/09/2022	EDITEE LE : 26/09/2022	PAR: R8280	ACCIDENT DE TRAVAIL :						
VISA	N° DE POLICE :							DATE AT :	
Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOUI									
BANQUE : B.M.C.E - MED SEDKI - CASABLANCA									
N° compte bancaire : 011 780 00 00 43 210 00 60050 54									

Caisse d'assurance sociale
polyclinique Ziraoui

LABORATOIRE CASALAB PALMIER SCP

Dr. Mohammed BEZZARI

Médecin Biologiste

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



مختبر التحليلات الطبية

Dr. Kaoutar OUAZZANI

Pharmacienne Biologiste

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

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

File Number/ Dossier N° : 2209263157

Results of/ Résultats de : **KHALIDI Idriss**

Date of birth/ Date de naissance : **12/12/2013**

ID Number /N° CIN :

Monsieur le Dr de la POLYCLINIQUE CNSS

Edition on/Edition du : 28/09/2022

File registered on/Dossier enregistré le:

26/09/2022 à 20:09

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	Clair
Leucocytes	2 / mm ³ (0-10)
Hématies	18 / mm ³ (0-1)
Cellules épithéliales	Rares
Cylindres	Absence
Cristaux	Absence
Levures	Absence
Examen direct	Absence de germes

EXAMEN BACTERIOLOGIQUE

Cultures	Stériles.
Numération 1	<10 ⁵ UFC/ml

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

Dr K. OUAZZANI

2209263157 – KHALIDI Idriss

LABORATOIRE CASALAB PALMIER SCP

Dr. Mohammed BEZZARI

Médecin Biologiste

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



مختبر
التحليلات الطبية

Dr. Kaoutar OUAZZANI

Pharmacienne Biologiste

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

LABORATOIRE DE BIOLOGIE MEDICALE CASALAB PALMIER

REÇU

!! A CONSERVER POUR LE RETRAIT DE VOS RESULTATS !!

Demande N° : **2209263157**

Date du prélèvement : 26/09/2022 à 20:09

Numéro Patient : 1404113136

Total facturé au patient : **217.50 Dhs**

Total Payé : 217.50Dhs

Demande saisie par : KB

Résultats de:

Enf (M) Idriss KHALIDI (0.00%)



Reste à payer *:

0.00 Dhs

Status du dossier : 00:EN ORDRE/Bon Pour Impression
Analyses : Examen cytobactérien des urines, ATBU

RETRAITS DES RESULTATS

- Entre 9h00 et 19h00 durant la semaine
- De 8h00 à 14h00 le samedi. Sauf urgence

> Si vous soldez votre facture dès la saisie du dossier vous aurez accès à vos partiel et à la Consultation des résultats par internet ou par Mail.

Laboratoire Casalab Palmier du Docteur M. Bezzari

Ouvert 24H/24, 7J/7

50, rue Al mortada Palmier - Casablanca www.casalabpalmier.com

Tél : 0522 98 83 83 - Fax : 0522 236 729 Urgence : 0678 737371

Prélèvement à domicile : **0522 988 383**

> Le délai du rendu des résultats des analyses est approximatif : Analyses standards entre 2 et 4h, analyses de bactériologie entre 2 et 5jours, analyses spéciales sous traitées à l'étranger = ou > 10 jours.

> Les patients couverts par une mutuelle ou assurance conventionnée avec le laboratoire, sont priés de se présenter à l'accueil avec leurs prises en charges valides. La partie exclue de la prise en charge (Ticket Modérateur) pourrait être réclamée au patient.

> Toutes les réclamations éventuelles seront faites directement auprès du responsable de l'accueil, ou par téléphone au 0678737371 ou par Email : accueil.casalab@gmail.com

