

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 516

Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SAHLI LA HOU CINE

Date de naissance : 01.06.1848

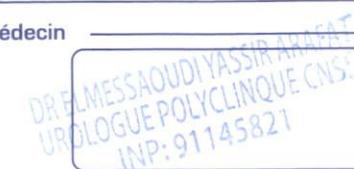
Adresse : HAY EL NARA 1 RUE 14 N° 11 CASA Aïd al Adha

Tél. 06.64.86.55.94

Total des frais engagés : 1190,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 20.12.2012

Nom et prénom du malade : BRIVA- NAIMA Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

lombalgie droite lombalgie

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

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 : CASA

Le : 29.12.12

Signature de l'adhérent(e) :



# 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
20/12/22	UROLOGIE	1500	1500	DR. ELASSAOUDI YASSINE INP 91945821

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MOUSSINI 834, Av. 2 Mars Professeur Leila	20/12/2022	397,80

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation	Montant des Honoraires
Echog AP	25/12/22	400,50	

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

# 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مصحة الضمان

POLYCLINIQUE ADDAMAN  
VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ

INARA II

PHARMACIE Aïn Chok  
MOUSSA E Lalla  
834 Av. 2 Mars Casablanca - Tel: 05 22 21 09 78

# وصفة

## ORDONNANCE

le 7.2.2022

72 BRIYA. NAIMA

54,60

11 IBERMox 7,5mg

22,20

2 6 de l'irraine 400 mg

37,10

3 Duoxol 400x3

207ml d'azette 10mg

LOT: 17221001  
PER: 03/2024  
PPU: 54,60 DH

PPV: 22DH20  
PER: 05/24  
LOT: L1675

DUOXOL 500mg/2mg جوكسول  
Boite de 20 comprimés

ملصقة من 20 قرصاً

37,10

51 ANGLO 10mg

77,00

4P1.  
397,80

PPV: 77DH00  
PER: 06/24  
LOT: L2035

Boulevard AL Qods , Inara II - Aïn Chok - Casablanca

Tél. : 0522 21 30 90 - Rendez-vous : 0522 50 45 13 - Fax : 0522 40 48 06



POLYCLINIQUE ADDAMAN  
VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ

INARA II

وصفة

ORDONNANCE

le 03.01.2023

Briva - Naima

37,00

1 Duoxol

40x3 J 29,50

29,50

2 Mefenac 25 mg

(SV)

40x

28,00

3 Vitamyl Fort

(SV)

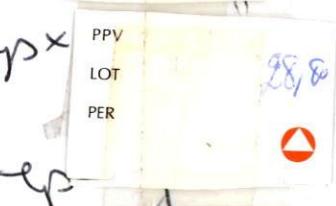
PHARMACIE MOULAY  
834,4  
SINNE

1/1  
76

146,90

4 Heart gel

(SV)



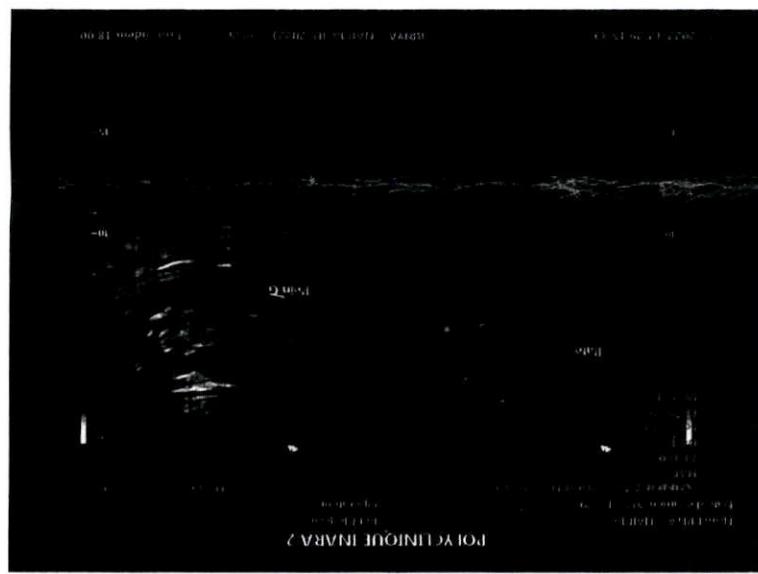
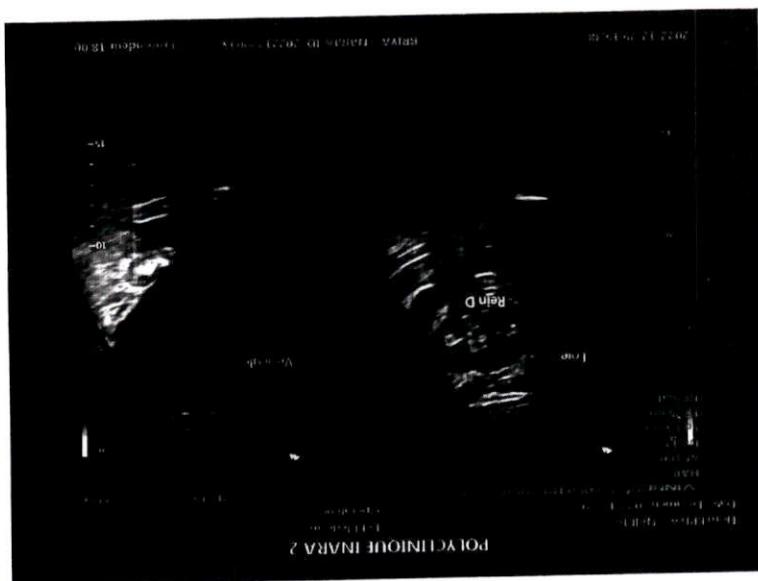
242/00

DRAECCAI YASSIR ARAB  
UROLO 500 mg/2ml  
EXP : 11/2025  
146,90 DH

Cher

Boulevard AL Qods , Inara II - Ain Chok - Casablanca

Tel : 0522 21 20 20 - P : 0522 52 45 12 - Fax : 0522 42 42 42



## SERVICE D'IMAGERIE MEDICALE

Radiologie conventionnelle – Echographie – Doppler

### COMPTE RENDU

DATE : 29/12/22

NOM & PRENOM : BRIYA NAIMA

MEDCIN TRAITANT :

EXAMEN : ECHOGRAPHIE ABDOMINALE+PELVienne

Foie de taille normale et d'échostructure homogène.

Tronc porte de calibre normal et perméable.

Vésicule biliaire libre à paroi fine.

Les voies biliaires intra hépatiques et la voie biliaire principale ne sont pas dilatées.

Pancréas d'aspect échographique normal.

Loge splénique libre.

Les deux reins sont de taille normale, de contour régulier avec une bonne différenciation cortico-médullaire sans dilatation des cavités pyélocalicielles ni d'image de lithiase rénale échographiquement visible.

Absence d'anomalie pelvienne decelable.

Dr. Ouafae KOUHOUCHA  
Médecin Radiologue  
Polyclinique INARA  
INPE 09.036269



مصحة الضمان  
POLYCLINIQUE ADDAMAN  
VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ

INARA II

# وصفية ORDONNANCE

le 20.12.2022



BRUYA AYMANA

Age = 69 ans

Mrs diabète / HTA.  
Splenomegérie.

Leucopénie lente

Sur Ecographie abdominale  
de l'heure



DÉPARTEMENT DU MASSIR ARAFA  
POLYCLINIQUE CNSS  
INARA II  
20.12.2022

Boulevard AL Qods , Inara II - Ain Chok - Casablanca  
Tél. : 0522 21 30 90 - Rendez-vous : 0522 50 45 13 - Fax : 0522 40 48 06



N° IPP :	39619	N° SEJOUR :	220052560	<b>FACTURE N° 2203020353</b>				DATE D'ENTREE :	29/12/2022	DATE DE SORTIE :	29/12/2022		
ASSURE :								DESTINATAIRE :					
MALADE :	BRIYA,Naima				UF:	5003 RADIOLOGIE	BRIYA,Naima						
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>ACTES DE RADIOLOGIE</b>													
ECHOGRAPHIE ABDOMINALE - PELVIENNE	ECHOAP	1.00	400.00	400.00					0.00		400.00		

Intervenant : 46087* DR KCHIOUCHA OUAFAE	TOTAUX :	400.00									400.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :	QUATRE CENTS DHS	PLAFOND PC :							ACOMPTE:		
		REMISE :	0.00	REGLE :	400.00				AVOIR :		
		RESTE DU:	0.00								
DATE FACTURE : 29/12/2022	EDITEE LE : 29/12/2022	PAR: KAABAD	ACCIDENT DE TRAVAIL :								
VISA	N° DE POLICE :									DATE AT :	
 <p>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</p>											