

## 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 ALÇ :

- 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



## Déclaration de Maladie

N° M20- 0007037

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Mouhib EL Drissi Société : 2864 R.M.M.

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Mouhib EL Drissi

Date de naissance : 02/02/1951

Adresse : Hay Marboua Rue 16 N° 5

AN ENOK QASTA

Tél. : 06 65 79 38 98 Total des frais engagés : 280 DH Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 19/01/2023

Nom et prénom du malade : MR AIN FOUBA Age : 191

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Lombalgie

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 : 19/01/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# 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
19.01.23				

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	19.01.23		

# AUXILIAIRES MEDICAUX

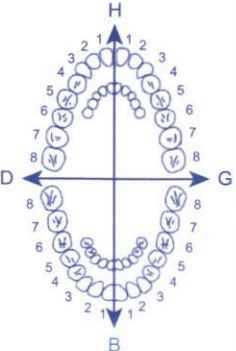
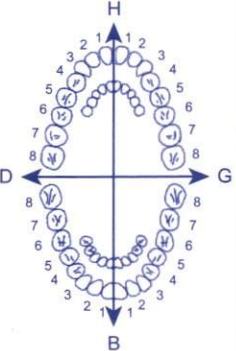
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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	<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <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> <b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  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



<b>IPP :</b> 942671	<b>N° SEJOUR :</b> 230003091	<b>FACTURE N° 2303001158</b>		<b>DATE D'ENTREE :</b> 19/01/2023	<b>DATE DE SORTIE :</b> 19/01/2023
<b>ASSURE :</b> MALADE : MRAIH,Fouzia DOM JEUNE FILLE :		<b>UF: 5003 RADIOLOGIE</b> <b>N° IMMAT C.N.S.S. :</b> <b>N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :</b> <b>N° SE. SOC. ETRANG. :</b>		<b>DESTINATAIRE :</b> <b>MRAIH,Fouzia</b>	
<b>TIERS PAYANT 1 :</b> <b>TIERS PAYANT 2 :</b> <b>REF. PC 1 :</b>		<b>REF. PC 2 :</b>			

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	ECHOGR	1.00	200.00	200.00					0.00	200.00
<b>TOTAUX :</b>					200.00					200.00

Intervenant : 46082 DR BENNANI WAFAA

Arrêtée la présente facture à la somme de : **DEUX CENTS DHS**

DATE FACTURE : 19/01/2023      EDITION LE : 19/01/2023      PAR: CHAKRI

VISA

<b>PLAFOND PC :</b>	<b>ACOMPTE:</b>
<b>REMISE :</b> 0.00 <b>REGLE :</b> 200.00	<b>AVOIR :</b>
<b>RESTE DU:</b> 0.00	
<b>ACCIDENT DE TRAVAIL :</b>	
<b>N° DE POLICE :</b>	<b>DATE AT :</b>
<b>Règlement à effectuer à l'ordre de :</b> POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA	
<b>BANQUE :</b> BMCE - INARA	
<b>N° compte bancaire :</b> 011.780.0000 54 210 00 60 016 91	







POLYCLINIQUE ADDAMAN  
VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ

INARA II

# وصفة ORDONNANCE

le 19.01.23

Mraih Fouzia

Boulevard du m des 2 Flancs  
= > echo abdo - a

Dr BEHMANI Wassim  
Radiologue  
N°P: 07630145





POLYCLINIQUE ADDAMAN  
VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ

INARA II

# وصفة ORDONNANCE

le 19 01 23

Mnoub Fays

- Megaston 80  
Lef 20/20

- Tamedat  
1ca 20/20

- Myobit Lef/Ces

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 INARA 2

Nom MRAIH FOUZIA  
Date d'examen 2023-01-19

Ref Medecin  
Operateur

VINNC660 POLYCLINIQUE INARA 2

MI 0.7 / TIS 1.0 G

HAR  
AP 100%  
DG 42%  
FR 3.5MHz  
PR 25.6Hz  
DR 98dB



2023-01-19 17:21

MRAIH FOUZIA ID: 20230119047

Profondeur 18.00

# POLYCLINIQUE INARA 2

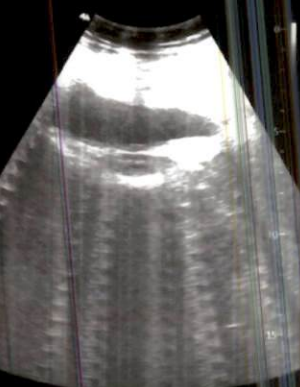
Nom MRAIH FOUZIA  
Date d'examen 2023-01-19

Ref Medecin  
Operateur

VINNC660 POLYCLINIQUE INARA 2

MI 0.7 / TIS 1.0 G2 5C Abd Pan

HAR  
AP 100%  
DG 42%  
FR 3.5MHz  
PR 25.6Hz  
DR 98dB



2023-01-19 17:21

MRAIH FOUZIA ID: 20230119047

Profondeur 18.00

# POLYCLINIQUE INARA 2

Nom MRAIH FOUZIA  
Date d'examen 2023-01-19

Ref Medecin  
Operateur

VINNC660 POLYCLINIQUE INARA 2

MI 0.7 / TIS 1.0 G2 5C Abd Pan

HAR  
AP 100%  
DG 42%  
FR 3.5MHz  
PR 25.6Hz  
DR 98dB



2023-01-19 17:20

MRAIH FOUZIA ID: 20230119047

Profondeur 18.00



## SERVICE D'IMAGERIE MEDICALE

Radiologie conventionnelle – Echographie – Doppler

### COMPTE RENDU

DATE: 19/01/23

**NOM & PRENOM** : MRAIH FOUZIA  
**MEDCIN TRAITANT** :  
**EXAMEN** : ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

Foie de taille normale et d'échostructure homogène.

Tronc porte de calibre normal et perméable.

Vésicule biliaire à paroi fine alithiasique.

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

Pancréas d'aspect échographique normal.

La rate est de taille normale et d'échostructure homogène.

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.

Vessie semi pleine transonore

#### **CONCLUSION :**

Echographie abdominale ne montant pas d'anomalie notable

Dr BENNANI Wafo  
Radiologue  
N°PE: 001030445

POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA  
Bd El-Qods Cité Inara 20150 CASABLANCA  
Tél : 0522-21-30-90 ( L.G ) Fax : 0522-50-48-06  
RDV : 0522-50-45-13  
INPE: 090001520 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 942675	N° SEJOUR : 230003096	<b>FACTURE N° 2305000932</b>		DATE D'ENTREE : 19/01/2023		DATE DE SORTIE : 19/01/2023				
ASSURE :				DESTINATAIRE :						
MALADE : FOUZIA,Mraih		UF: 5002 URGENCES		FOUZIA,Mraih						
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	NOMBRE	PRIX	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
	CLE	x COEF	UNITAIRE		% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
CONSULTATION DE MEDECIN.										
CONSULTATION DE GENERALISTE	C	1.00	80.00	80.00					0.00	80.00

Intervenant : 10666 DR ZNASSNI FATIMA ZAHRA	TOTAUX :	80.00						80.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :		PLAFOND PC :						ACOMPTE:
QUATRE-VINGT DHS		REMISE :		0.00	REGLE :		80.00	AVOIR :
		RESTE DU:		0.00				
DATE FACTURE : 19/01/2023		EDITEE LE : 19/01/2023		PAR: CHAKRI		ACCIDENT DE TRAVAIL :		
VISA				N° DE POLICE :		DATE AT :		
				Réglement 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		

