

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 : Mouhib EL DISSEY Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Mouhib EL IDRISI N°

Date de naissance : 02/02/1951

Adresse : Hay Matbaha Rue 16 N° 5

Azn ENOK CASA

Tél. : 06 65 77 38 88 Total des frais engagés : 280 Dhs Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : MRAIH FOUIZA Age : 191

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la 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.

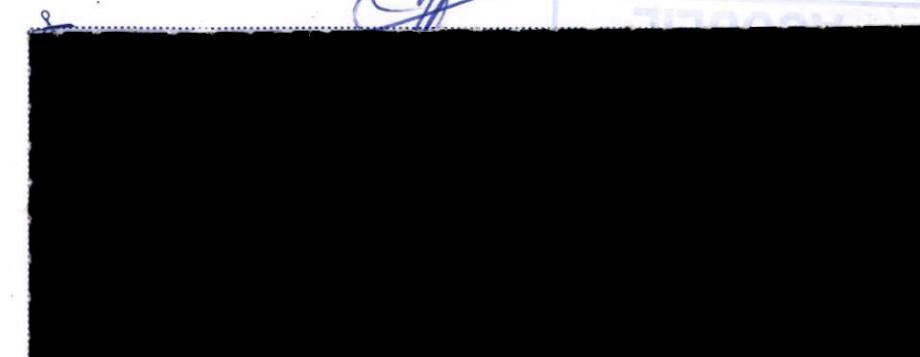
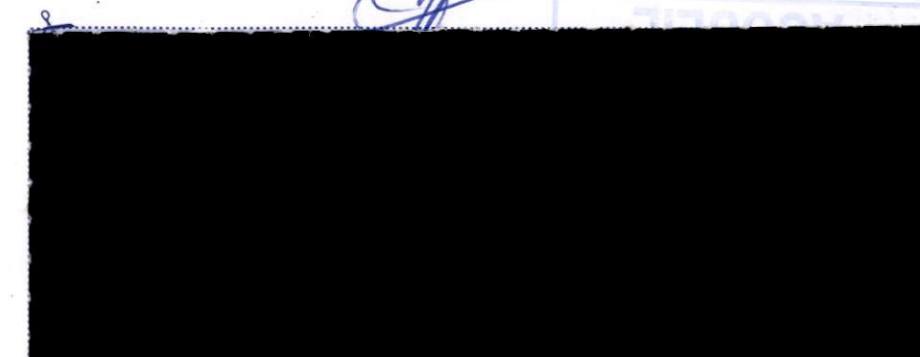
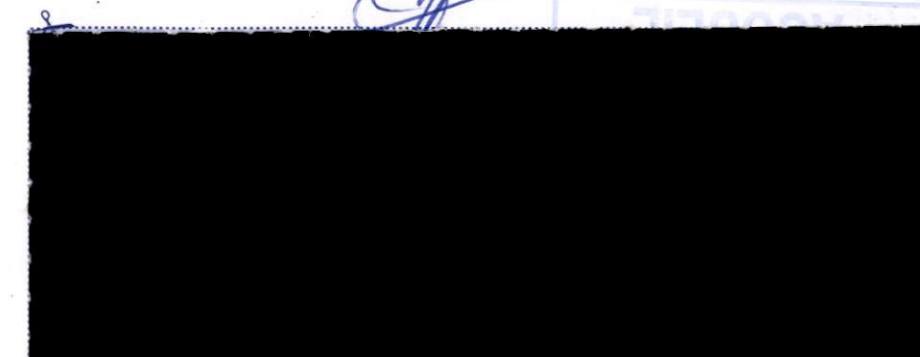
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca

Le : 19/01/2023

Signature de l'adhérent(e) :

MF/3



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
19.01.20				<i>(Handwritten signature over a blue circular stamp)</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	19.01.20		

AUXILIAIRES MEDICAUX

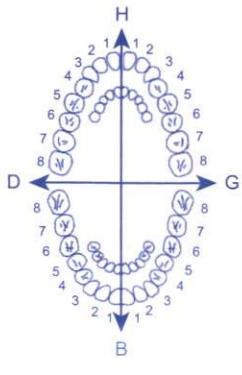
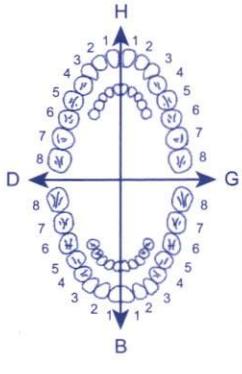
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 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

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	21433552
25533412	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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



IPP :	942671	N° SEJOUR :	230003091	FACTURE N° 2303001158			DATE D'ENTREE :		19/01/2023	DATE DE SORTIE :		19/01/2023
SSURE :							DESTINATAIRE :		MRAIH,Fouzia			
ALADE :	MRAIH,Fouzia	UF: 5003 RADIOLOGIE			N° IMMAT C.N.S.S :							
OM JEUNE FILLE :					N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :							
TIERS PAYANT 1 :												
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 ECHOGRAPHIE	ECHOGR	1.00	200.00	200.00					0.00	200.00		
Intervenant : 46082 DR BENNANI WAFAA				TOTAUX :	200.00						200.00	
Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX CENTS DHS				PLAFOND PC :							ACOMPTE:	
				REMISE :	0.00	REGLE :	200.00				AVOIR:	
				RESTE DU:	0.00							
DATE FACTURE : 19/01/2023 EDITEE LE : 19/01/2023 PAR: CHAKRI				<u>ACCIDENT DE TRAVAIL :</u>								
VISA				N° DE POLICE :				DATE AT :				
				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								





POLYCLINIQUE ADDAMAN
VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ

INARA II

وصفة
ORDONNANCE

le 19.01.23

Maih Fouzia

Douleur au niveau des flancs
=> echo abdos

Dr BENJANAN Wafa
Radiologue
NPE: 0522 21 30 45



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



مصحة الدمام
POLYCLINIQUE ADDAMAN
VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ

INARA II

وصفة

ORDONNANCE

le 13/01/23

Mnach Fous.

- Megastix 80
1g 3/jour

- Trimedat
100mg 3/jour

- Myobit 500mg/ps.

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

VINNOSEO POLYCLINIQUE INARA 2

HAR

AP 100%

DG 42%

F0 3.5MHz

F2 25.6Hz

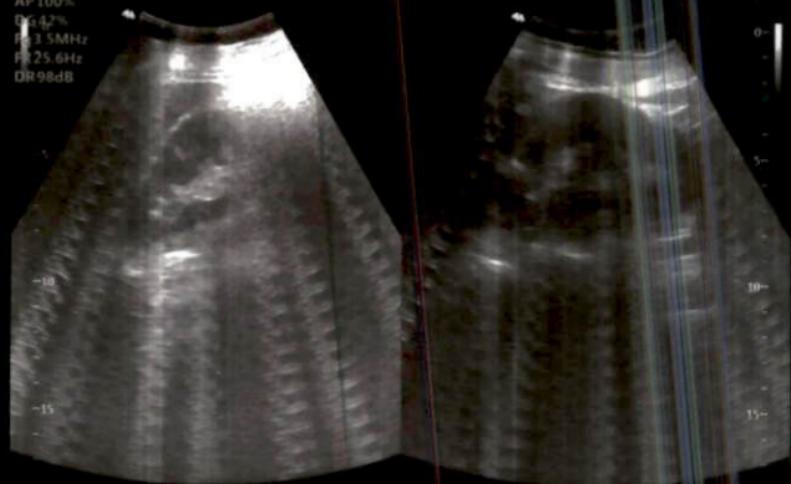
DR 98dB

Ref Medecin

Operateur

MI 0.7 / TIS 1.0 G2

G



2023-01-19 17:21

MRAIH FOUZIA ID: 20230119047

Profondeur 18.00

POLYCLINIQUE INARA 2

Nom MRAIH FOUZIA

Date d'examen 2023-01-19

VINNOSEO POLYCLINIQUE INARA 2

HAR

AP 100%

DG 42%

F0 3.5MHz

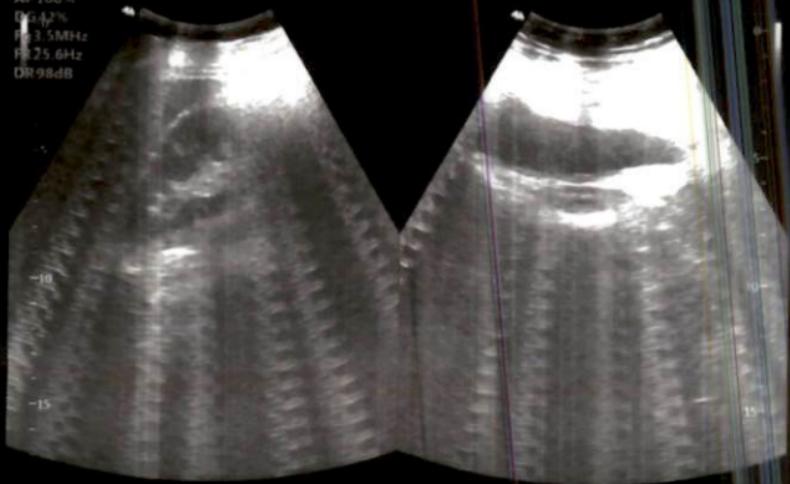
F2 25.6Hz

DR 98dB

Ref Medecin

Operateur

MI 0.7 / TIS 1.0 G2-5C Abd Pen



2023-01-19 17:21

MRAIH FOUZIA ID: 20230119047

Profondeur 18.00

POLYCLINIQUE INARA 2

Nom MRAIH FOUZIA

Date d'examen 2023-01-19

VINNOSEO POLYCLINIQUE INARA 2

HAR

AP 100%

DG 42%

F0 3.5MHz

F2 25.6Hz

DR 98dB

Ref Medecin

Operateur

MI 0.7 / TIS 1.0 G2-5C Abd Pen



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 : MIRAIH 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 BENNAI Wafa
Radiologue
NIP: 001030445



N° IPP : 942675 N° SEJOUR : 230003096

FACTURE N° 2305000932

DATE D'ENTREE : 19/01/2023 DATE DE SORTIE : 19/01/2023

ASSURE :

DESTINATAIRE :

MALADE : FOUZIA,Mraih

FOUZIA,Mraih

NOM JEUNE FILLE :

TIERS PAYANT 1 :

UF: 5002 URGENCES

TIERS PAYANT 2 :

N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :

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
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 :

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

