

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 : 001.0001

Société :

164731

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

CHENCHI mohamed chenve BNL ACHI

Date de naissance :

1969

Adresse :

Yacmilla II Rue N° 62 CD

Tél. : 06.60.61.10.07

Total des frais engagés : 192.22

Dhs

Cadre réservé au Médecin



Date de consultation :

29/06/2023

Nom et prénom du malade :

Chenchi M. Z. j. b.

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

ALD

ALC

Pathologie :

Affection longue durée ou chronique

ALD ALC

Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances

M 12 JUIN 2023

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 :

Le : 12/06/2023

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cache et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
29/05/23				

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
2009356 PHARMACIE DU MANS 15, AVENUE DU GÉNÉRAL DE GAULLE 72000 MANS TÉL. 02 33 86 60 70 FAX 02 33 86 60 70 SA	2009/05/23	42.20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES RADIOSGRAPHIQUES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	19/05/2023	24,5	150,00 Dr. A. ADABI Radiologue INAF 701035750

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 :

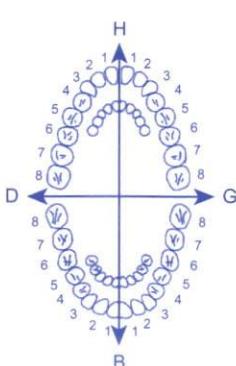
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة
ORDONNANCE

le 29/05/23

Dr. R. Filali

PHARMACIE AL WIAM
Dr BELALAMI
Jamilia II Rue 19 N° 15 CASA
TEL : 05 22 38 60 76

42,20

Dr. R. FILALI
Traumatol-Orthopédie

42,20

21/4/23

3000

Dr. R. FILALI
Traumatol-Orthopédie

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 29/07/25

Dem de M. Dj.../...

Dr. A. ADABI
Radiologue
INPE: 001025750

N° de paper 01/2



Dr. R. FILALI
Traumatologue
Orthopédiste

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

SERVICE D'IMAGERIE MEDICALE

Radiologie conventionnelle – Echographie – Doppler

COMPTE RENDU

DATE: 19/05/23

NOM & PRENOM : CHEMCHI MAHJOUBA

MEDCIN TRAITANT :

EXAMEN : RX POIGNET DT F/P

- Fracture epiphyso-métaphysaire de l'extrémité inférieure du radius.

Dr. A. ADAÏS
Radiologue
INPE-2010



090001520

N° IPP :	958534	N° SEJOUR :	230020962	FACTURE N° 2302006981				DATE D'ENTREE :	19/05/2023	DATE DE SORTIE :	19/05/2023
ASSURE :								DESTINATAIRE :			
MALADE :	CHEMCHI,Mahjouba				UF:	6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI					
NOM JEUNE FILLE :					N° IMMAT C.N.S.S :						
TIERS PAYANT 1 :					N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :						
TIERS PAYANT 2 :					N° SE. SOC. ETRANG. :						
REF. PC 1 :	REF. PC 2 :	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
CONSULTATION DE MEDECIN.											
CONSULTATION DE SPECIALISTE	Cs		1.00	150.00	150.00				0.00	150.00	

Intervenant :	04112021 DR FILALI REDOUANE ORTHOPEDISTE	TOTAUX :	150.00							150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :			PLAFOND PC :						ACOMPTE:	
CENT CINQUANTE DHS			REMISE :	0.00	REGLE :				AVOIR :	
			RESTE DU:	150.00						
DATE FACTURE :	19/05/2023	EDITEE LE :	19/05/2023	PAR:	HAJAR	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						



N° IPP :	958551	N° SEJOUR :	230020990	FACTURE N° 2303008208				DATE D'ENTREE :	19/05/2023	DATE DE SORTIE :	19/05/2023
ASSURE :								DESTINATAIRE :			
MALADE :	CHEMCHI, Mahjouba				UF:	5003 RADIOLOGIE	CHEMCHI, Mahjouba				
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	
ACTES DE RADIOLOGIE ACTE DE RADIOLOGIE MEDICALE	Z	15.00	10.00	150.00					0.00	150.00	
Intervenant : 46208 DR ADABI AICHA				TOTAUX :	150.00					150.00	
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DHS				PLAFOND PC :					ACOMPTE:		
				REMISE :	0.00	REGLE :	150.00		AVOIR :		
				RESTE DU:	0.00						
DATE FACTURE : 19/05/2023 EDITÉE LE : 19/05/2023 PAR: HAFID				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				