

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES RÉJETS

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 : 12 200

Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LOUZA Radoud

Date de naissance : 03.12.79

Adresse :

Tél. : 0561253647

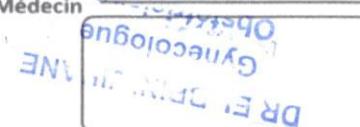
Total des frais engagés :

425

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 11/08/28

Nom et prénom du malade : DAHMANE Assia

Age : 25

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Edema gr. a Phie

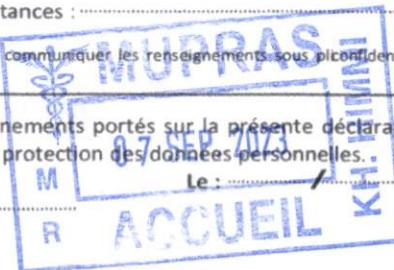
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : sctat

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHERENT

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
				INP : <input type="text"/>
				000.00

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
CHIRURGIE Hôpital Hassan / MEDICAL CENTER DZARANE SETTAT Tél : 05 23 40 62 10	11/08/23	225,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	11/08 2023	Radiologie	DR EL BRIKI Gynécologue Obstétricienne

AUXILIAIRES MEDICAUX

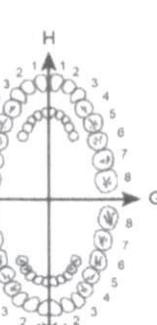
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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"/>
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	25533412 00000000 35533411	G	<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
	B	21433552 00000000 11433553		<input type="text"/> DATE DU DEVIS
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				

SETTAT Le : 11/08/123

NOM DAHMANE
PRENOM ASSIA
MEDECIN TRAITANT : DR. EL BRINI

COMPTE RENDU D'ECHOGRAPHIE PELVIENNE

- Vessie pleine à paroi fine de contenu transonore
- Utérus de taille normale, de contours réguliers, d'échostructure homogène
- Ligne cavitaire fine et en place
- Les ovaires sont de taille et de morphologie normales
- Absence de masse latéro-utérine
- Douglas libre

AU TOTAL :

Echographie pelvienne ne révélant pas d'anomalie

DR EL BRINI JIHANE
Gynécologue
Obstétricienne

44,10

0722130
05/25
115DH90



Parasphan®
0 comprimés effervescent

PPU 17DH30
EXP 11/2025
LOT 20030 5

PPV:

EXP:

Lot N°:

47,80

Lot N°: 22041
Exp: 05/25
PPV: 115DH90



✓

✓

✓

✓



وصفة

ORDONNANCE

Le : 11/06/2023

Mont Delorme Assia

44.80

Daseru

10 15 20 25 30 35 40 45 50 55 60 65 70 75 80 85 90 95 100

MS. B. 1.

2

Ecole 18-

SV

64.10

3-

fenac 50

OBSTETRICIENNE
GYNECOLOGUE
DR EL BRINI JIHANE

14.30

4-
5/10

149x3-

~~Parasphen~~ 197x1



مقدمة الضمان

POLYCLINIQUE ADDAMAN
VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ
Settat

المملكة المغربية

Royaume du Maroc



Le devoir de vous protéger

Nom du service médical
demandeur code

BILLET D'EXAMEN DE RADIOLOGIE

NOM DU MALADE

Dalimane

N° C.N.S.S. ou Mutuelle

Assia

Renseignements cliniques

Examens demandés

Elephant

Le médecin traitant

Z=

PC=

K=

URGENT

RAPIDE

NON URGENT

Biffer les mentions intuiles

Total clichés =

Total posés =



POLYCLINIQUE ADDAMAN
VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ
Settat

BILLET D'EXAMEN DE RADIOLOGIE

Nom du service médical
demandeur code

NOM DU MALADE

Dalimene

N° C.N.S.S. ou Mutuelle

ASSIA

Renseignements cliniques

Examens demandés

Elephant

Le médecin traitant

Z=	PC=	K=	URGENT	RAPIDE	NON URGENT
----	-----	----	--------	--------	------------

Biffer les mentions intuiles

Total clichés =

Total posés =

BILLET D'EXAMEN DE RADIOLOGIE

Nom du service médical
demandeur code

NOM DU MALADE

Dalimane

N° C.N.S.S. ou Mutuelle

ASSIA

Renseignements cliniques

Examens demandés

Elephant

DR EL BRIINI JIHANE
Gynécologue
Obstétricienne

Le médecin traitant

Z=	PC=	K=	URGENT	RAPIDE	NON URGENT
----	-----	----	--------	--------	------------

Biffer les mentions intuiles

Total clichés =

Total posés =





N° IPP : 213952	N° SEJOUR : 230027618	FACTURE N° 2303008756				DATE D'ENTREE : 11/08/2023		DATE DE SORTIE : 11/08/2023		
ASSURE : LOUZA RACHID	MALADE : DAHMANE, Assia					UF: 5003 RADIOLOGIE		DESTINATAIRE :		
NOM JEUNE FILLE :		N° IMMAT C.N.S.S. :		LOUZA RACHID		HAY MIMOUNA BD MY YACOUB N° 24				
TIERS PAYANT 1 :		N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :		SETTAT						
TIERS PAYANT 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	ECHOGRAFIE	ECHOGR	1.00	200.00	200.00				0.00	200.00

Intervenant : 08152 DR. EL BRINI JIHANE, GYNECOLOGUE OBST.	TOTAUX :	200.00							200.00	
Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX CENTS DHS	PLAFOND PC :							ACOMPTE:	0.00	
	REMISE :	0.00	REGLE :					AVOIR :		
	RESTE DU:	200.00								
DATE FACTURE : 11/08/2023	EDITEE LE : 11/08/2023	PAR: JENIYE	<u>ACCIDENT DE TRAVAIL :</u>							
VISA				N° DE POLICE :	DATE AT :					
				Règlement à effectuer à l'ordre de :	POLYCLINIQUE C.N.S.S - SETTAT					
				BANQUE :	BMCE - SETTAT					
				N° compte bancaire :	011 610 000001 2100060382 89					

Dr. El Brini JIHANE
Gynécologue
Obstétricienne