

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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

Matricule : 12202

Société :



Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : iouZA sira

24/03/59

Date de naissance : 03.12.79

Adresse :

Tél. : 0661258647

230

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 22/02/23

Nom et prénom du malade : LOUZA SIRAJ

Age : 4,5

Lien de parenté :

Lui-même Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : laryngite

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 : 22/02/23 Signature : Dr HEJJAJI Date : 22/02/23

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
21/08/2013	cq	150,00	INP : 1111111111111111	<i>Caron Pediatre</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
<i>Radiologue Polyclinique CHU de Sétif</i>	22.02.13	Zg	80,00

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

POLYCLINIQUE C.N.S.S - SETTAT
CHARII AL MASSIRA 26000 SETTAT

Tél: 0523-40-22-33/40-35-34 Fax: 0523-40-22-61

RDV : 0523-72-02-64 Urgences : 0523-40-60-55

INPE: 060001492 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



060001492

N° IPP :	302284	N° SEJOUR :	230028771	FACTURE N° 2302009847				DATE D'ENTREE :		22/08/2023	DATE DE SORTIE :		22/08/2023		
ASSURE :			UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI					DESTINATAIRE :		LOUZA,Siraj					
MALADE :	LOUZA,Siraj		N° IMMAT C.N.S.S :												
NOM JEUNE FILLE :															
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 COTES EN C CONSULTATION DE SPECIALISTE	Cs	1.00	150.00	150.00							0.00		150.00		

Intervenant :	08198 DR. HEJJAJ HOUDA, CHIRURG PED	TOTAUX :	150.00	-							150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :	CENT CINQUANTE DHS		PLAFOND PC :	-					ACOMPTE:		
			REMISE :	0.00	REGLE:				AVOIR:		
			RESTE DU:	150.00							
DATE FACTURE :	22/08/2023	EDITEE LE :	22/08/2023	PAR:	GHONIM	ACCIDENT DE TRAVAIL :					
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					



Le, 22 / 8 / 2023

Nom et Prénom : Eft LOUZA SIRAJ 4 ans 6 mois

COMPTE RENDU DES RADIO. DE L'EPAULE GAUCHE FACE

- Absence de lésion osseuse ou articulaire visible sur ce cliché.

Signé : Dr EL RHOUTI



المملكة المغربية

Royaume du Maroc



Le devoir de vous protéger

BILLET D'EXAMEN DE RADIOLOGIE

Nom du service médical
demandeur code

NOM DU MALADE *Touza Singj*

N° C.N.S.S. ou Mutuelle

Renseignements cliniques

Tumefaction. Omoplate 6^{che.}

Dr. ... RHOULFI Nacira
Radiologue
Polyclinique CNSS Settat

Examens demandés

R. épaule - G. face.

Le médecin traitant

Z=

PC=

K=

URGENT

RAPIDE

NON URGENT

Biffer les mentions intuiles

Total clichés =

Total posés =

POLYCLINIQUE C.N.S.S - SETTAT
CHARII AL MASSIRA 26000 SETTAT
Tél: 0523-40-12-33/40-35-34 Fax: 0523-40-22-61
RDV: 0523-72-02-64 Urgences : 0523-40-60-55
INPE: 060001492 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP :	302284	N° SEJOUR :	230028778	FACTURE N° 2303009096				DATE D'ENTREE : 22/08/2023		DATE DE SORTIE : 22/08/2023	
ASSURE :								DESTINATAIRE :			
MALADE :	UF: 5003 RADIOLOGIE				LOUZA,Siraj						
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	Z	8.00	10.00	80.00					0.00	80.00	

Intervenant : 186999 EQUIPE RADIOLOGIE RADIO	TOTAUX :	80.00								80.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : QUATRE-VINGT DHS	PLAFOND PC :								ACOMPTE:	
<i>Radiologie</i> <i>BMCE</i>	REMISE :	0.00	REGLE :						AVOIR :	
DATE FACTURE : 22/08/2023	RESTE DU:	80.00								
EDITEE LE : 22/08/2023	PAR: BASMA	ACCIDENT DE TRAVAIL :								
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									

المملكة المغربية

Royaume du Maroc



Le devoir de vous protéger

BILLET D'EXAMEN DE RADIOLOGIE

Nom du service médical
demandeur code

NOM DU MALADE

Houcine. Sinjane

N° C.N.S.S. ou Mutuelle

Renseignements cliniques

Tuméfaction. Osseuse. 6^{me}.
épaule. R.

Examens demandés

Echographie.
Rx épaule. G. face.

Dr. HEJJATH.
Chirurgien Pédiaatre
Rabat

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