

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 : 000313

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : EL OUAFI ZOUHRA

Date de naissance : 01/01/1950

Adresse : Bine lemdoune RUE 46 N°16 CASA

Tél. : 05 22 21 57 98

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05/05/2019

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age :

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie :

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficent	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
05/09/23	consultation	2	15000	Dr. Hafiq H. Al-Ghamdi Orthopedic & Rheumatology Hospital and Medical Center

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
	05/09/23	215	150 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

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	
3412	21433552
0000	00000000
0000	00000000
3411	11433553

(Création, remont, adjonction)

	DATE DU DEVIS	
	DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة
ORDONNANCE

le 05/03/04

Dr. brouardi

Na Naing

جع 317



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



(6)

N° IPP : 972811	N° SEJOUR : 230037376	FACTURE N° 2302011916				DATE D'ENTREE : 05/09/2023		DATE DE SORTIE : 05/09/2023		
ASSURE :						DESTINATAIRE :		OUAFI,Zohra		
MALADE : OUAFI,Zohra		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 :										
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
CONSULTATION DE MEDECIN.									0.00	150.00
CONSULTATION DE SPECIALISTE	Cs	1.00	150.00	150.00						

Intervenant : 46214 DR KARDALI CHAFIQ	TOTAUX :	150.00							150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :	PLAFOND PC :							ACOMPTE:	
CENT CINQUANTE DHS	REMISE :	0.00	REGLE :	150.00				AVOIR:	
	RESTE DU:	0.00							
DATE FACTURE : 05/09/2023	EDITEE LE : 05/09/2023	PAR: CHAKRI	ACCIDENT DE TRAVAIL :						
VISA			DATE AT :						
			N° DE POLICE :						
			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						



SERVICE D'IMAGERIE MEDICALE

Radiologie conventionnelle – Echographie – Doppler

COMPTE RENDU

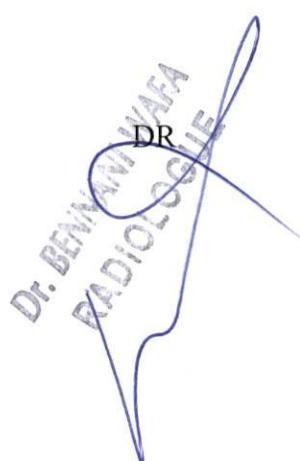
DATE : 05/09/23

NOM & PRENOM : OUAFI ZOHRA

MEDCIN TRAITANT :

EXAMEN : RX MAIN GAUCHE F/3/4

Matériel d'ostéosynthèse en place.



Dr. BEN AÏCHA WFA
RADIOLISQUE



N° IPP :	972811	N° SEJOUR :	230037400	FACTURE N° 2303014578				DATE D'ENTREE :		05/09/2023	DATE DE SORTIE :		05/09/2023
ASSURE :			UF: 5003 RADIOLOGIE					DESTINATAIRE :		OUAFI,Zohra			
MALADE :	OUAFI,Zohra		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 DE RADIOLOGIE													
ACTE DE RADIOLOGIE MEDICALE	Z	15.00	10.00	150.00					0.00		150.00		

Intervenant :	46087 DR KCHIOUCHA OUAFAE	TOTAUX :	150.00								150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :				PLAFOND PC :						ACOMPTE:	
CENT CINQUANTE DHS				REMISE :	0.00	REGLE :	150.00			AVOIR:	
				RESTE DU:	0.00						
DATE FACTURE : 05/09/2023				ACCIDENT DE TRAVAIL :							
EDITEE LE : 05/09/2023 PAR: KAABAD				N° DE POLICE :							
				DATE AT :							
VISA				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							

