

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 canalaire, 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 canalaire.

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 : 00 0313

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

El OUAFI Zohra

Date de naissance :

01/01/1950

Adresse :

Bine Lamdaoune RUE Y6 N°16 CASA

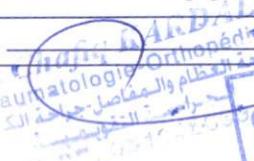
Tél. :

05 22 215 98

Total des frais engagés : 1150 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

07/09/2019

Age:

Nom et prénom du malade :

Zohra El Ouafi

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Ablation Blépharoplastie

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.

Le : / /

Signature :

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
07/09/23	FK 80		1000 DT	Chirurgie Dentaire - Orthodontie - Prostéthique - Radiologie - Anesthésie - Médecine Générale

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

ODF PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

[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

المملكة المغربية
Royaume du Maroc



BULLETIN DE SORTIE

0000973035 2 01/01/1950
EL OUAFI BK337530
ZOHRA
123004360 07/09/2023
CHR.GLE & VISCRALE
SALLE LIT



Mr EL Ouafi Zohra Le 07 09 23

Hospitalisé (e) du 07 09 23 au 07 09 23

pour (diagnostic) Ablation de gencive

Traitement IV grande

Observation du médecin Chafiq KARBALI Orthopédie مصحة العيادة

Chafiq KARBALI Orthopédie مصحة العيادة
Intra: 001
Intra: 001

Le Médecin traitant

POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA

Bd El-Qods Cité Inara 20150 CASABLANCA

Tél : 0522-21-30-90 (L.G) Fax : 0522-50-48-06

RDV : 0522-50-45-13

INPE: 090001520 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 973035 N° SEJOUR : 123004360

ASSURE :

MALADE : EL OUAFI BK337530, Zohra

NOM JEUNE FILLE :

TIERS PAYANT 1 :

TIERS PAYANT 2 :

REF. PC 1 :

REF. PC 2 :

FACTURE N° 2301010844

DATE D'ENTREE : 07/09/2023 DATE DE SORTIE : 07/09/2023

DESTINATAIRE :

EL OUAFI BK337530, Zohra

BINE LAMDOUNE RUE 46 NR 16 CASA

N° IMMAT C.N.S.S. :

N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :

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
FORFAIT HOSPITALISAT°, REA, CHIRURGIE, MATERNITE	FK20	1.00	1000.00	1000.00					0.00	1000.00
FORFAIT K20										

TOTAUX : 1000.00 0.00 0.00 0.00 0.00 1000.00

PLAFOND PC : ACOMPTE: 1000.00

REMISE : 0.00 REGLE : AVOIR :

RESTE DU: 0.00

DATE FACTURE : 07/09/2023

EDITEE LE : 07/09/2023

PAR: ASMAA

ACCIDENT DE TRAVAIL :

DATE AT :

VISA

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

0000973035 2 01/01/1950
EL OUAFI BK337530
ZOHRA
123004360 07/09/2023
CHR.GLE & VISCERALE
SALLE LIT

COMPTE RENDU OPERATOIRE

Opérateur:

Dr KARDALI
Elouafi Zohra

Dr. Chafia KARDALI
Traumatologie-Orthopédie
بمصحة النيل والصحراء بجودة الـ 5
الصحراء التقويمية
NPIE: 091248059

Date d'entrée : 07.09.23
Date de sortie : 07.09.23

I - RESUME CLINIQUE :

2 broches au niveau
du 3^e doigt gauche

II - COMPTE RENDU OPERATOIRE :

- S/s Sédation, Installation
- Ablation des 2 broches
- pansement.

III - Suites :

Dr. Chafia KARDALI
Traumatologie-Orthopédie
بمصحة النيل والصحراء بجودة الـ 5
الصحراء التقويمية
NPIE: 091248059

Pli à joindre à la D.E.P

Ce pli ne doit être ouvert
que par le Médecin contrôleur

Expéditeur :



POLYCLINIQUE ADDAMAN
VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ

INARA II

NOTE CONFIDENTIELLE ANT

0000973035 2 01/01/1950

EL OUAFI BK337530

ZOHRA

123004360

07/09/2023

CHR.GLE & VISCERALE

SALLE LIT

malade :

1) Date

.....

2) Renseignements cliniques sommaires :

Ks
Z
Brocky
DVJ

3) Traitement envisagé et actes :

Chirurgie



2) Durée prévisible du traitement :

A

LE

07/09/64

Signature



Pli à joindre à la D.E.P

Ce pli ne doit être ouvert
que par le Médecin contrôleur

Expéditeur:



POLYCLINIQUE ADDAMAN
VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ

INARA II

NOTE CONFIDENTIELLE

0000973035 2 01/01/1950

NT

EL OUAFI BK337530

ZOHRA

123004360 07/09/2023

CHR.GLE & VISCERALE

SALLE LIT

lade :

1) Date d

.....

02 9 23

2) Renseignements cliniques sommaires :

KZ

BMO DG
DVS

3) Traitement envisagé et actes :

Chirurgie

2) Durée prévisible du traitement :



LE

Signature

07/09/2023