

# 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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e) <b>25179</b>			
Matricule :	2768	Société :	RAM RETRAITÉE
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>HILALI FOUZIA</b>			
Date de naissance : <b>07-08-58</b>			
Adresse : <b>HAY 94 ABDELLAH Rue 99 N°5 Ain chock CASA</b>			
Tél. : <b>06.00.376.166</b> Total des frais engagés : <b>1496,60 Dhs</b>			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : <b>Dr. Ilham OULIAMI</b> Spécialiste en Maladies Cardio-Vasculaires			
Date de consultation : <b>04-03-2020</b>			
Nom et prénom du malade : <b>NIA</b>			
Age : <b>60</b>			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <b>HTA</b>			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <b>Spécialiste en Maladies</b>			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous caractère confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle. <b>17 MARS 2020</b>			

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 : **ACCUEIL** Le : **/ /**  
Signature de l'adhérent(e) :

## Adresses Mails utiles

- |                                    |                     |
|------------------------------------|---------------------|
| 0 Réclamation                      | contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | pec@mupras.com      |
| 0 Adhésion et changement de statut | adhésion@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.

## 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
41312020	CCU	250	INP : 091202929	DR. S. OUMAMI

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>PHARMACIE</b> <b>LE BENCH</b> <b>Dr. En Pharmacie</b> <b>Mohamed Abdellah Rue</b> <b>SA - Tel: 0522 60 34 80</b>	<i>19/08/08</i> <b>04/08</b> <i>04/08</i>	<i>* Polyclinique</i> <b>1350100</b>

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">-----</td> </tr> <tr> <td>00000009</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">-----</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	-----		00000009	00000000	35533411	11433553	-----		B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	G																	
25533412	21433552																		
00000000	00000000																		
-----																			
00000009	00000000																		
35533411	11433553																		
-----																			
B																			
<p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel Therapeutique nécessaire à la profession</p>																			
			MONTANTS DES SOINS																
			DATE DU DEVIS																
			DATE DE L'EXECUTION																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



att le 3 mois  
وصفة  
ORDONNANCE

le 04 - 03 - 2020

me HDAI POUZIA

182,80 X3

1. Par - Rivotex 10/25 : 1cp/j

182,80

150,40 X3

2. Vastarel 35 mg : 1 cp

150,40

103,40 X3

3. TANOR 20 mg : 1 cp

150,40

13,40 X3

4. levothyrox 50 µg

150,40

PHARMACIE INES  
صيدلية إناس  
BENCHIKHI B.  
Dr En Pharmacie  
Hay Moulay Abdellah Rue 75 n° 40  
CASA - Tel 0522 50 24 80

Spécialiste en Maladies  
Cardio-Vasculaires  
Dr. Hicham TOUAMI

TAHOR 20MG 28 CPS  
P.P.V : 103DH40

6 118000 250807

6 118000 250807

6 118001 102013  
Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH  
Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH



7862169336



N° IPP :	839628	N° SEJOUR :	200011038	FACTURE N° 2002005096				DATE D'ENTREE :	04/03/2020	DATE DE SORTIE :	04/03/2020
ASSURE				UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI				DESTINATAIRE :			
MALADE : HILALI, Fouzia				N° IMMAT C.N.S.S :				HILALI, Fouzia			
NOM JEUNE FILLE :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :							
TIERS PAYANT 1 :				N° SE. SOC. ETRANG. :							
TIERS PAYANT 2 :											
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	MONTANT	
CONSULTATION DE MEDECIN.											
CONSULTATION DE CARDIOLOGUE + ECG.	CsC	1.00	250.00	250.00					0.00	250.00	
Intervenant : 46204 DR TOUHAMI ILHAM				TOTAUX :		250.00					250.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX CENT CINQUANTE DHS				PLAFOND PC :							ACOMPTE :
				REMISE :		0.00	REGLE :				AVOIR :
				RESTE DU :		250.00					
DATE FACTURE :	04/03/2020	EDITEE LE :	04/03/2020	PAR :	LAKHDA	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											

LAKHDA  
 Casierier Sante  
 Polyclinique Auxiliaire  
 C.N.S.S-INARA

Nom pat.:

No pat. :

No réf. :

Né:

Age:

Ethnie:

Taille:

cm

Poids:

kg

TB:

mmHg

Méd:

CNSS INARA

AT-101

1.32 Ctm

FC: 59/min

Intervalles:

RR 1018 ms

P 84 ms

PQ 90 ms

QRS 232 ms

QT 522 ms

QTC 522 ms

RYTHME SINUSAL

POSSIBLE SYNDROME WPW, TYPE B

POSITION HYPERGAUCHE

QRS(T) MODIFIE:

INFARCTUS ANTER. POSSIBLE

INFARCTUS INFER. POSSIBLE

ST SOUS-DECALÉ, POSSIBLE LESION SOUS-ENDOCARDIQUE

LAT. HAUT

5.78

RAPPORT NON-CONFIRME

Axes:

P (II) 0.08 mV

P 0 °

S (V1) -0.04 mV

QRS -90 °

R (V5) - mV

T 149 °

Sokol. 4.83 mV

36.343

2.157 026

Me 04-MAR-20 11:06:23

2.157 026

AT-101

1.32 Ctm

2.157 026

Me 04-MAR-20 11:06:23

2.157 026

