

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

Déclaration de Maladie

N° W19-580673

38498



Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4803 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : SENBALI Mohamed

Date de naissance : 12/05/63

Adresse : N°12 Bloc 202 cit'Hassani CASA

Tél. : 0661420358 Total des frais engagés : 445 + 150 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28/05/2021

Nom et prénom du malade : INAT NAJAT eg.Senbalhi Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : femme flux en grossesse

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 : CASA, Signature de l'adhérent(e) : 12

Le : / /

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
28/05/21	Chirurgie	1500	INP : 1500	Dr. Souad Azzouzi
11-06-21	Contrôle			Dr. Souad Azzouzi

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE Dr. NAOUI 141, Bis Bd. Sidi El Hana - Casablanca 05 22 36 87 00	28.07.2021 11.6.21	445,10 56,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANNEXE 2 - HABORAIRES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>10, Imm. Chomé, 1010 Bruxelles et Bld. Silly 1010 1010 05 22 80 1010 Tél: 05 22 80 10 19 05 22 80 1010</i>	<i>10.06.2021</i>	<i>226</i>	<i>160,00</i>

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 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															
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G			<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G																
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS												
				<input type="text"/> DATE DU DEVIS												
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



وصفة

ORDONNANCE

الإنارة II
INARA II

le 28-05-21

M^e JNAÏD NAJAT

3881
Arcoxia 90 mg
14 comprimés
P.P.V : 268,00 DH
Distribué par MSD Maroc
AMM 453/16DMP/21/NT0
6 118001 160051

268,00 1^o | Arcoxia 90 mg
RELAXOL 500MG/2MG
CP B20
P.P.V : 53DH10
6 118000 060833



1 apli après repas

141

53,10 2^o | Relaxol N° ①



1 - 0 - 11 i



42,00 3^o | Omiz 20 mg

1 gel i 141

PHARMACIE CINEMA ANFA
Dr. NAO BENTAYEB
141, Bis El Hay El Beldi - Casablanca
105 20000 Qods, Inara II - Aïn Chok - CASABLANCA
Tél.: 0522 21 30 90 - 0522 21 30 93 - Rendez-vous : 0522 50 45 13 - Fax : 0522 50 48 06

82,00

Exp. date :

82,00

PPC (DH) :

445,00

1 day supply



1 up

Dr. Souad FAIZ
Rhumatologue
Ostéopathie
Echographie ostéoarticulaire
arthrographie et arthroscopie

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Dr. Souad FAIZ'.

PHARMACIE CINEMA ANFA
Dr. Naoual BEN TAYEB
141, Bis Bd. Sidi Abderrahmane
Hay El Hana - Casablanca
TAI - 05 22 36 87 62



وصفة
ORDONNANCE

الإنارة II
INARA II

le 11-06-21

M. J. NAISSI NAJAT

56.62

PHARMACIE CINEMA ANFA
Dr. Naoual El Abderrahmane
141 Bis Bd. Sidi Abderrahmane
Hay El Haïd 2036 87 62
Tél. : 0522 21 30 90

Dr. Souad FAIZ
Chirurgien-Dentiste
Chirurgie maxillo-faciale
Chirurgie orthopédique
Chirurgie de la main et du poignet



وصفة
ORDONNANCE



إنارة II
INARA II

le 28.05.24

M. JNAINI NAJAT

Rx les

genua.

en charge

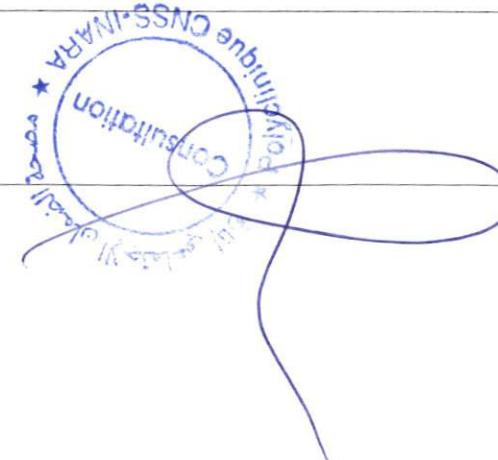
RADILOGIE HAY HASSANE
Anfa
10, Km Communal Route d'Azemmour
Tél. 05 22 30 10 10 / 05 22 50 07 07

Dr. Soud FAIZ
Rhumatologue
ostéopathie
échographie articulaire
arthroscopie

Ab
25

N° IPP :	871302	N° SEJOUR :	210015673	FACTURE N° 2102005761				DATE D'ENTREE :	28/05/2021	DATE DE SORTIE :	28/05/2021
ASSURE :								DESTINATAIRE :			
MALADE :	JNAIDI,Najat				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.											
CONSULTATION DE SPECIALISTE	Cs	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00	

Intervenant : 46048 DR FAIZ SOUAD RHUMATOLOGIE				TOTAUX :	150.00					150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :				PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
CENT CINQUANTE DHS				REMISE :	0.00	REGLE :			AVOIR:	
				RESTE DU:	150.00					
DATE FACTURE : 28/05/2021				EDITEE LE : 28/05/2021	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	





Dr. O. Alami

Spécialiste en Radiologie
Lauréate de l'Université Nancy I
Ex Radiologue au CHU Ibn Rochd

Dr N. Faris

Spécialiste en Radiologie
Lauréate de l'Université Nancy I
Ex Radiologue au CHU Ibn Rochd

10/06/2021

PATIENT : Mme. JNAIDI NAJAT
EXAMEN(s) REALISE(s) : RX 2 GENOUX EN CHARGE F/P

Cher Docteur,
Je vous remercie de nous avoir adressé votre patiente dont voici le résultat de l'examen.

Rx DEUX GENOUX FACE ET PROFIL

- ✓ Trame osseuse de minéralisation normale et homogène.
- ✓ Pincement tibio fémoral interne bilatéral.
- ✓ A droite
Ostéophytose spinale externe.
- ✓ A gauche
Ostéophytose bi spinale, pré spinale, du plateau tibial interne.
- ✓ Absence de calcification à projection articulaire, de façon bilatérale.

AU TOTAL

Gonarthrose bilatérale.

Confraternellement

DR N. FARIS
RADIOLOGIE HAY HASSANI
ANFA
10, Imm. Communal Route d'Azemmour
et Bd. Sidi Abderrahmane - Casablanca
Tél : 05 22 90 10 10 / 05 22 90 07 07

RADIO PANORAMIQUE

DENTAIRE

NUMÉRISÉE

DOPPLER COULEUR ET ENERGIE



Dr. O. Alami

Spécialiste en Radiologie
Lauréate de l'Université Nancy I
Ex Radiologue au CHU Ibn Rochd

Dr N. Faris

Spécialiste en Radiologie
Lauréate de l'Université Nancy I
Ex Radiologue au CHU Ibn Rochd

10/06/2021

DUPLICATAT

Facture N° 1967/06/2021

RADIO PANORAMIQUE DENTAIRE

NUMÉRISÉE

DOPPLER COULEUR ET ENERGIE

Nom patient : JNAIDI NAJAT

Examen(s) réalisé(s) : RX 2 GENOUX EN CHARGE F/P

Date Examen(s) : 10/06/2021

Montant : 460 DH

Montant Produits : 0,00 DH

**ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
MONTANT TOTAL :
QUATRE CENT SOIXANTE DIRHAMS**

**RADIOLOGIE HAY HASSANI
ANFA**
10/Imm Communal Route d'Azemmour
et Bd. Sidi Abderrahmane - Casablanca
Tél : 05 22 90 10 10 / 05 22 90 07 07