

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 Meilleures 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.

N° M21- 062421

124668

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2801 Société : R.A.M.

Actif

Pensionn[e]e

Autre :

Nom & Prénom : SADEK

ABDALLAH

Date de naissance : 01/01/1947

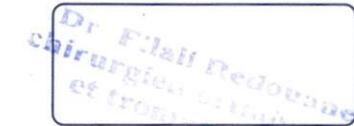
Adresse : SALONIS 2 Rue 28 FON 68 N1

Tél. : 06 41 93 35 20

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 28/07/2022

Nom et prénom du malade : Abdellah Ben Sadek Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Prise de tension

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 Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
181-7722	K	20	615,31	DR. DRISS TAZI Dentiste

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ERRAD TAZI DRISS Cité Djemaa-Casablanca Tél:05 22 37 04	28/07/22	760,30

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
POLYCLINIQUE INARA * Service Radiologie * SSNS	181-7722	231	310,00

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
				<input type="text"/>
<img alt="Diagram of upper and lower dental arches with numbered teeth from 1 to 8. A horizontal arrow labeled 'D				

وصفة ORDONNANCE

PHARMACIE ERRAHA
TAZI DRISSE
El Djemaa-Casablanca
Tél: 05 22 37 34 42

le 28.12.2022

Abdel Kader Sedek.

22.00

- Cet-³ (P

47.80

- D. S. (P

49250 - V. 31 (9850 x 5)

- H. 350vi i

198.00 - j. par 30 j

- Nolcepto[®] 1ml

7 applications

SV

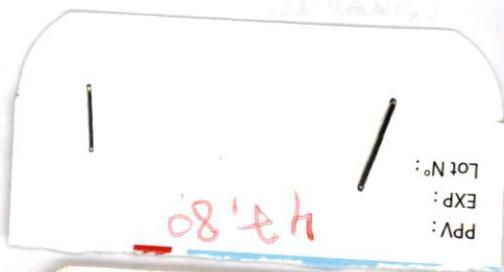
SV

SV

SV

Dr. Hicham
Chirurgie
et
Orthopédie

6030



6 1131 220212

2 seringues
Bémidiparine sodique

HIBOR® 3500 UI/0,2 ml

جوارب
Bémidiparine sodique

3500 UI 0,2 ml

بيميدپارین الصوديوم

حقن معبة مسبقا
ب محلول للحقن تحت الجلد



IBERMA

2 حقنة معبة مسبقا 0,2 ml

21207A

LOT N°:

EXP:

P.P.V: 98,50 DH

6 1131 220212

2 seringues
Bémidiparine sodique

HIBOR® 3500 UI/0,2 ml

جوارب
Bémidiparine sodique

3500 UI 0,2 ml

بيميدپارين الصوديوم

حقن معبة مسبقا
ب محلول للحقن تحت الجلد



IBERMA

2 حقنة معبة مسبقا 0,2 ml

21207A

LOT N°:

EXP:

P.P.V: 98,50 DH



2 seringues
Bémidiparine sodique

HIBOR® 3500 UI/0,2 ml

جوارب
بيمبارين الصوديوم

3500 UI مخادة Xa/0,2 مل

حقن معبة مسبقا
ب محلول للحقن تحت الجلد



IBERIA

2 حقنة معبة مسبقا 0,2 مل

21207A

LOT N°:

EXP:

P.P.V: 98,50 DH



2 seringues
Bémidiparine sodique

HIBOR® 3500 UI/0,2 ml

Hibor®
بيمبارين الصوديوم

بيمبارين الصوديوم

حقن معبة مسبقا
ب محلول للحقن تحت الجلد



IBERIA

2 حقنة معبة مسبقا 0,2 مل

21207A

LOT N°:

EXP:

P.P.V: 98,50 DH



2 seringues
Bémidiparine sodique

HIBOR® 3500 UI/0,2 ml

Hibor®
بيمبارين الصوديوم

بيمبارين الصوديوم

حقن معبة مسبقا
ب محلول للحقن تحت الجلد



IBERIA

2 حقنة معبة مسبقا 0,2 مل

21207A

LOT N°:

EXP:

P.P.V: 98,50 DH



POLYCLINIQUE ADDAMAN
VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ

INARA II

وصفة

ORDONNANCE



le 18/07/2022

Mme Abdelkader Sadek

Trauma. femme Thoracique +
Pied gche
⇒ Rx Grf Costal face
+
Rx Pied gche F 3/4

Dr. ERRAIS MAROUANE

Médecin Généraliste

POLYCLINIQUE CNSS INARA

INPEA 01335800

Boulevard Al Qods, Inara II - Aïn Chok - Casablanca

Tél. : 0522 21 30 90 - Rendez-vous : 0522 50 45 13 - Fax : 0522 40 48 06

NOTE CONFIDENTIELLE DU MEDECIN TRAITANT

1) Date de la constatation de l'état de malade :

2) Renseignements cliniques sommaires :

P. T. au 21/06/2022

Symptômes

3) Traitement envisagé et actes :

P. T.

K. 20

2) Durée prévisible du traitement :

A

6s

LE

28/07/2022

Signature

Dr. M. A. Al-Saadi
Medecin traitant



N° IPP : 918000 N° SEJOUR : 220027867

FACTURE N° 2203010699

DATE D'ENTREE : 18/07/2022 DATE DE SORTIE : 18/07/2022

ASSURE :

MALADE : SADEK,Abdelakder

NOM JEUNE FILLE :

TIERS PAYANT 1 :

TIERS PAYANT 2 :

REF. PC 1 :

REF. PC 2 :

UF: 5003 RADIOLOGIE

N° IMMAT C.N.S.S. :

N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :

N° SE. SOC. ETRANG. :

DESTINATAIRE :

SADEK,Abdelakder

NATURE DE PRESTATION

LETTRE
CLENOMBRE
x COEFPRIX
UNITAIRE

TOTAL

TIERS PAYANT 1

% / Dh

MONTANT

TIERS PAYANT 2

% / Dh

MONTANT

PART DU MALADE

% / Dh

MONTANT

ACTES DE RADIOLOGIE

Z

31.00

10.00

310.00

0.00

310.00

Intervenant : 10448 DR LAHLOU HOURIA (RADIOLOGIE)

TOTALS :

310.00

310.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENT DIX DHS

PLAFOND PC :

ACOMPTE:

REMISE : 0.00 REGLE : 310.00

AVOIR:

RESTE DU:

0.00

DATE FACTURE : 18/07/2022

EDITEE LE : 18/07/2022 PAR: HAFID

ACCIDENT DE TRAVAIL :

DATE AT :

N° DE POLICE :

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



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

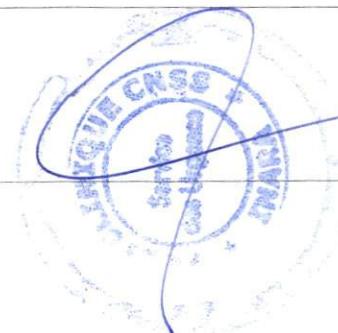
RDV : 0522-50-45-13

INPE: 090001520 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP :	918000	N° SEJOUR :	220027900	FACTURE N° 2205008242				DATE D'ENTREE : 18/07/2022		DATE DE SORTIE : 18/07/2022	
ASSURE :								DESTINATAIRE :		SADEK,Abdelakder	
MALADE : SADEK,Abdelakder				UF: 5002 URGENCES							
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	
AUTRES ACTES COTES EN K											
ACTE DE SPECIALITE MEDICALE	K	20.00	22.50	450.00					0.00	450.00	
FOURNITURES MEDICALES				165.31					0.00	165.31	

Intervenant : 04112021 DR FILALI REDOUANE ORTHOPEDISTE				TOTAUX :	615.31						615.31
Arrêtée la présente facture à la somme de : SIX CENT QUINZE DHS ET TRENTÉ ET UN CENTIMES				PLAFOND PC :					ACOMPTE:		
				REMISE :	0.00	REGLE :	615.31		AVOIR:		
				RESTE DU:	0.00						
DATE FACTURE : 18/07/2022				EDITEE LE : 18/07/2022	PAR: HAFID	<u>ACCIDENT DE TRAVAIL :</u>					
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							



SERVICE D'IMAGERIE MEDICALE

Radiologie conventionnelle - Echographie - Doppler

COMPTE RENDU

DATE : 18/07/12

NOM & PRENOM :

Sadek abdelhader

MEDCIN TRAITANT :

Sadek + gyno casal

EXAMEN :

Fracture non déplacée
à la base du 5^e métatarsé
gauche

OUAFAE KCHIOU
MEDECIN RADILOGISTE
Rés. AL AMANE 95, AIN SEBA CASABLANCA
INPE 091036269