

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 radicos 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.

N° W21-766639

A39481

coupe

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 01504

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL ALLALI FATHIA

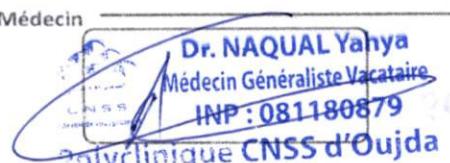
Date de naissance : 04/11/57

Adresse : DR HAFID EL MIRZA RUE EL KORNOUFAT 1 N° 11 Oujda

Tél. : 0673151976

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

DR AYAD

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 : 1/1/19

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
13/10/22	CHCC 4PJA		270,00	 Dr. NAQUAL Yahya Médecin Généraliste Vacataire INP : 081180879 Polyclinique CNSS d'Oujda

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13.10.22	146,90

~~N 111~~

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

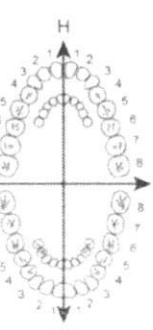
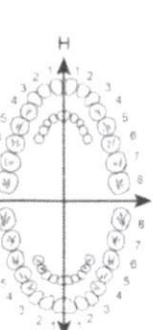
AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
.....						
.....						
.....						
.....						
.....						

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE

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	INP : <input type="text"/>
				
CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>				
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>				
DEBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/>				
FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/>				
CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>				
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>				
DATE DU DEVIS <input type="text"/>				
DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>				
O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES		DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE		
	$ \begin{array}{r l} H & 25533412 \quad 21433552 \\ \hline D & 00000000 \quad 00000000 \\ & 00000000 \quad 00000000 \\ & 35533411 \quad 11433553 \\ \hline G & \end{array} $			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

ORDONNANCE

173

Le 173 OCT 2022,

Nom et Prénom du malade :

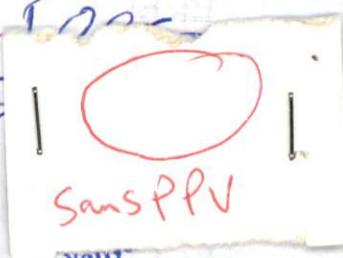
EL ALLALI FATIMA

- Urgence 24/24h
- Radiologie 24/24h
- Médecine Générale
- Pédiatrie
- Médecine- Interne
- Castro-Hépato-
- Entérologie
- Réanimation
- Ophtalmologie
 - Chirurgie infantile
 - Chirurgie générale
- Traumato-
- Orthopédie
- Gynéco obstétrique,
- Laboratoire
- D'analyses
- Neurologie
- Urologie
- Dermatologie
- ORL
- Hémodialyse
- Néphrologie
- Cardiologie
- Oncologie

9540
11 Zolns 205
5100 TSIT

4 TANGAII L 22
TSK 30

14640



Dr. NAQD AL Yany,
Médecin Généraliste Vacataire
INP : 081180879

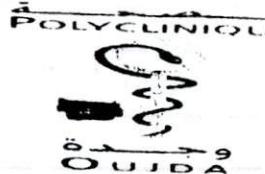
CSS
Polyclinique CNSS d'Oujda



BILLET D'EXAMEN RADILOGIQUE

DATE...

13 OCT 2022



NOM DU MALADE

NOM SIEUR

ETIQUETTE

EL AALAUI
FATIMA

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Vestig,
Vaginat

EXAMEN DEMANDE

ECCS

Z= [REDACTED]	PC= [REDACTED]	K= [REDACTED]
24 X 30	36 X 43	35XX35
30 X 40	35 X 35	13 X 18

MEDECIN TRAITANT

URGENT

RAPIDE

TOTAL CLIQUES

TOTAL POSES

Dr. NAQUAL Yahia
Medecin Généraliste Vacataire
INP : 081180879
CNSS d'Oujda

NON URGENT

Polyclinique CNSS d'Oujda

numéro de dossier

ORDANNANCE INTERNE

SECURITE SOCIALE

Services

Al-
Fakih

Ref. 99-20-011

NOM DU PRODUIT

PHARMACEUTIQUE

numéro de dossier RÉF. 99.20.011	CODE SERVICE CU CO CS	CODE MEDECIN	NOM: ET PRENOM: DU MALADE:	Service..... Al Falahi Fakihha
NOM DU PRODUIT PHARMACEUTIQUE	POSOLOGIE(Facultative)	CODE NOMENCLATURE	QUANTITES PRESCRITES LIVREES	PRIX UNITAIRE MONTANT
		PS98	01	
		CH1004	02	
		CH1048	01	
		0226	02	
		C144	01	
		CH3002	02	
DCIN Médecin Généraliste Vacant INR : 081180879 Uro Cityclinique CNSS d'Oujda	PHARMACIE TAMON CODE Signature	PHARMACIE CENTRAL CODE Signature	Informatique	TOTAL

NOTE CONFIDENTIELLE DU MÉDECIN TRAITANT :

1) Date de la consultation :

2) Renseignements cliniques sommaires :

3) Traitement envisagé et actes :

8/158

4) Durée prévisible du traitement :

OUJDA

le. / /

13 OCT 2022

Dr. NAQAL Yahya
Spécialiste Vaccinaire
Médecin

Signature
INP # 081180879
Polyclinique CNSS d'Oujda

N° IPP :	382667	N° SEJOUR :	220033495	FACTURE N° 2205020795				DATE D'ENTREE : 13/10/2022		DATE DE SORTIE : 13/10/2022	
ASSURE :			UF: 5002 URGENCES					DESTINATAIRE :		ELALLALI,Fatiha	
MALADE :	ELALLALI,Fatiha		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 COTES EN C											
CONSULTATION DE GENERALISTE	C	1.00	80.00	80.00					0.00	80.00	
ACTES DE RADIOLOGIE											
ELECTROCARDIOGRAMME	ECG	1.00	100.00	100.00					0.00	100.00	
ACTES INFIRMIERS ET AUXILIAIRES PARAMEDICAUX											
ACTES PRATIQUES PAR L'INFIRMIER	AMI	5.00	7.50	37.50					0.00	37.50	
PRODUITS PHARMACEUTIQUES											
FOURNITURES MEDICALES				16.15					0.00	16.15	

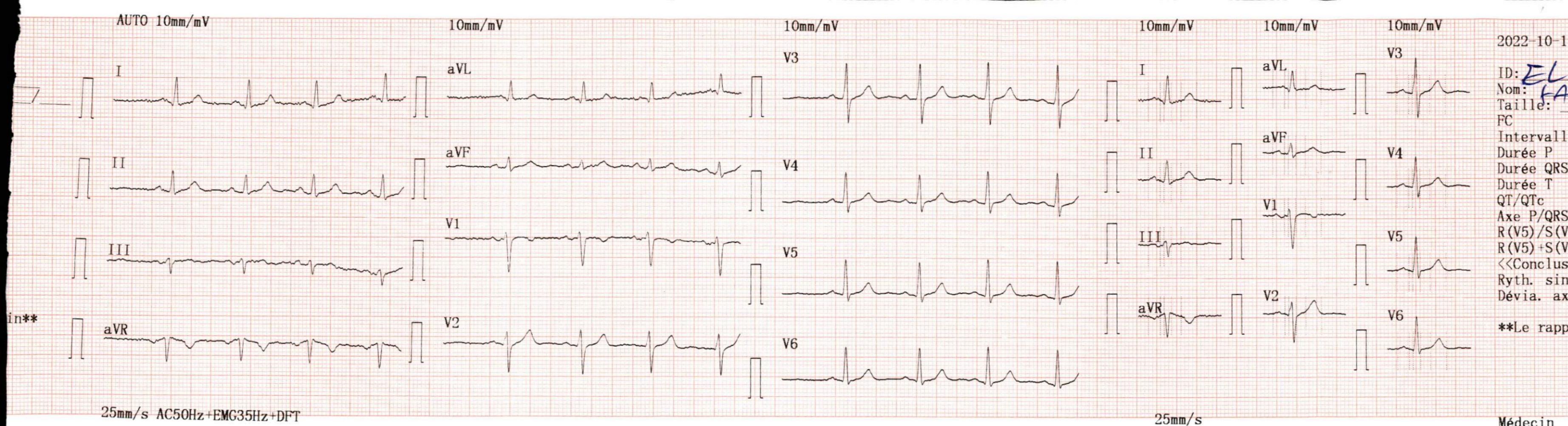
Mme DAHMANI Maryem
 Caissier Auxiliaire
 Polyclinique CNSS d'Oujda

Total à reporter				279.02		0.00		0.00		279.02
------------------	--	--	--	--------	--	------	--	------	--	--------

N° IPP :	382667	N° SEJOUR :	220033495	FACTURE N° 2205020795			DATE D'ENTREE:	13/10/2022	DATE DE SORTIE:	13/10/2022
UF de présence:	5002 URGENCES									

NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					TAUX	MONTANT	TAUX	MONTANT	TAUX	MONTANT
Report page précédente				279.02		0.00		0.00		279.02

Intervenant : 11121 DR NAQUAL YAHYA (GENERALISTE)	TOTAUX :	279.02								279.02
Arrêtée la présente facture à la somme de :	PLAFOND PC :								ACOMPTE:	
DEUX CENT SOIXANTE DIX-NEUF DHS ET DEUX CENTIMES	REMISE :	0.00	REGLE :						AVOIR :	
	RESTE DU:	279.02								
DATE FACTURE : 13/10/2022	EDITEE LE : 13/10/2022	PAR: DAHMA	ACCIDENT DE TRAVAIL :							
VISA	N° DE POLICE :								DATE AT :	
	Règlement à effectuer à l'ordre de :	POLYCLINIQUE C.N.S.S - OUJDA								
	BANQUE :	BMCE - OUJDA								
	N° compte bancaire :	011570000013210006052792								



2022-10-13 16:42

ID: ELANAH
 Nom: FAATIRAH Sexe:
 Taille: cm Poids: kg
 FC bpm : 84
 Intervalle PR ms : 161
 Durée P ms : 120
 Durée QRS ms : 76
 Durée T ms : 161
 QT/QTc ms : 339/401
 Axe P/QRS/T deg : 24.2/15.4/
 R(V5)/S(V1) mV : 0.85/0.81
 R(V5)+S(V1) mV : 1.65
 <<Conclusions>>
 Ryth. sinusoïdal norm.
 Dévia. ax. gche légère;

**Le rapport doit être confirmé

Médecin _____