

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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 : 39017 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Boujazzem (Najeh) FATIMA

Date de naissance :

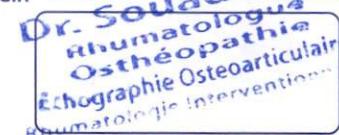
Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 23/02/23

Nom et prénom du malade : Boujazzem Salma Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : douloureuse articulaire

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

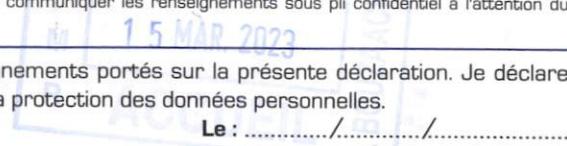
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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.

Fait à :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
28/10/1993	Consultation		150,00	Dr. SOUAD Rhumatologue Orthéopathie Échographie ostéoarticulaire Rhumatologie Interventionnelle

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
D. Laboratoire et Radiologue D. Radiologue 08/09/2023	26-2-23	Z 33	330

AUXILIAIRES MÉDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates a dental arch with numbered teeth from 1 to 8 on both the upper and lower arches. The upper arch is labeled with 'H' at the top, 'D' on the left, and 'G' on the right. The lower arch is labeled with 'I' at the bottom, 'G' on the right, and 'D' on the left. The teeth are arranged in a standard dental sequence, with some teeth having additional labels such as '1/2' or '2/3' indicating specific positions.

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مصحة الضمان
POLYCLINIQUE ADDAMAN
VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ

INARA II

وصفة ORDONNANCE

le 7.8 - 02 - 23

T^e Boui-Zzem

Réf: 00000000000000000000000000000000

Rd. l'me barié ft f

Rd. bassme.
en charge

Dr. Souad RAIÉ
Rhumatologue
Ostéopathie
Échographie Articulaire
Rhumatologie Interventionnelle

Boulevard AL Qods , Inara II - Aïn Chok - Casablanca
Tél. : 0522 21 30 90 - Rendez-vous : 0522 50 45 13 - Fax : 0522 40 48 06

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

(NS)



090001520

N° IPP :	947982	N° SEJOUR :	230008913	FACTURE N° 2302003066				DATE D'ENTREE : 28/02/2023		DATE DE SORTIE : 28/02/2023	
ASSURE :			DESTINATAIRE :								
MALADE :	BOUIZZEM, Fatima		UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI				BOUIZZEM, Fatima				
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 : 28/02/2023	EDITEE LE : 28/02/2023	PAR: HAJAR	ACCIDENT DE TRAVAIL POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA								
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 : 28/02/23

NOM & PRENOM : BOUIZZEM FATIMA

MEDCIN TRAITANT :

EXAMEN :

RX RACHIS LOMBAIRE F/P

- Statique rachidienne normale.
- Absence de tassement vertébral.
- Absence de pincement discal.
- Parties molles de topographie normale.

RX BASSIN

- Absence de lésion traumatique visible.
- Intégrité des interlignes articulaires

Dr BENNANI Wafa
Radiologue
INPE: 091030445

DR:

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 : 948018 N° SEJOUR : 230008954

FACTURE N° 2303003448

DATE D'ENTREE : 28/02/2023

DATE DE SORTIE : 28/02/2023

ASSURE :

DESTINATAIRE :

MALADE : BOUIZZEM, Fatima

BOUIZZEM, Fatima

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. :

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 DE RADIOLOGIE	Z	39.00	10.00	390.00					0.00	390.00
ACTE DE RADIOLOGIE MEDICALE										

Intervenant : 46087 DR KCHIOUCHA OUAFAE TOTAUX : 390.00 390.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

PLAFOND PC :

TROIS CENT QUATRE-VINGT DIX DHS

REMISE : 0.00 REGLE : 390.00 ACOMPTE : 0.00

RESTE DU: 0.00 AVOIR : 0.00

DATE FACTURE : 28/02/2023

EDITEE LE : 28/02/2023

PAR: CHAKRI

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

