

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.

N° W21-796529

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 9865	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	NDX
Nom & Prénom : AOUZAL Thara		Date de naissance : 20-08-1973	
Adresse : ESC BCN		Tél. : Total des frais engagés : Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
			
Date de consultation : 15/08/2019			
Nom et prénom du malade : Aouyal Imane Age : 09 Ans			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Inflammation du 1^{er} côté Gauche Site d'abscès bruyant			
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'intention 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) : / /

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	N° W21-796529
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	
Matricule : Nom de l'adhérent(e) : Total des frais engagés : Date de dépôt :	

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
12/08/2023	RPH	332,90	332,90	DR. JAY LAMIAE
18/08/2023	Ce	Créature	Créature	Dr. JAY LAMIAE
25/08/2023	Co	Créature	Créature	Dr. JAY LAMIAE

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SOUFIEN N° 27 Sous Licence : 0522890963 tél : 0950024600026	12/08/23	38,80

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	12/08/23	215	150,00
	18/08/23	215	150,00
	25/08/23	215	150,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

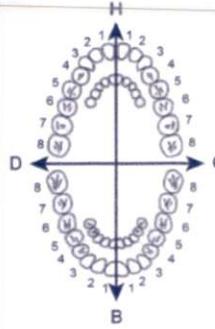
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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	INP : [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	Coefficient DES TRAVAUX [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	DEBUT D'EXECUTION [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	FIN D'EXECUTION [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	Coefficient DES TRAVAUX [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	DATE DU DEVIS [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	DATE DE L'EXECUTION [REDACTED]

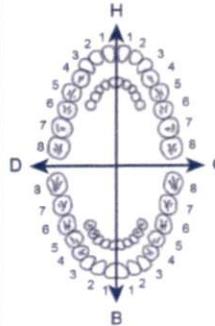


ODF PROTHESSES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



N° IPP : 787143	N° SEJOUR : 230025138	FACTURE N° 2303007454				DATE D'ENTREE : 12/08/2023		DATE DE SORTIE : 12/08/2023				
ASSURE :						DESTINATAIRE :		AOUZAL,Imane				
MALADE : AOUZAL,Imane		UF: 5003 RADIOLOGIE										
NOM JEUNE FILLE :		N° IMMAT C.N.S.S. :										
TIERS PAYANT 1 :		N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :										
TIERS PAYANT 2 :		N° SE. SOC. ETRANG. :										
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
ACTES DE RADIOLOGIE		Z	15.00	10.00	150.00					0.00	150.00	

Intervenant : 186999 EQUIPE RADIO .		TOTaux :		150.00						150.00	
Arrêtée la présente facture à la somme de :		CENT CINQUANTE DHS		PLAFOND PC :						ACOMPTE:	
				REMISE :		0.00	REGLE :	150.00		AVOIR :	
				RESTE DU:		0.00					
DATE FACTURE : 12/08/2023		EDITEE LE : 12/08/2023		PAR: BJIBAR		ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA						N° DE POLICE :					
						DATE AT :					
						Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE ADDAMAN MERE-ENFANT					
						BANQUE : BMCE - YAACOUB ELMANSOUR					
						N° compte bancaire : 011 780 0000 71 210 00 60070 49					



وصفة
ORDONNANCE

DIFAL®
Diclofenac sodique 25 mg
Boîte de 30 comprimés
P.P.V. : 24,80 DH
61118000190332

14,00

le 12/08/2023

Imane Aoujal

1) Difal 25 mg 24,80 Age 09 Ans
1cp x 3/j (*8j) Pd 361g
en miel en du repas

2) Andal 500 14,00
1cp x 3/j (*3j)

38,80

PHARMACIE SOUFLANE
Groupe X, Rue 134 N° 23/25
EL Oulett - Casablanca
Tel.: 05 22 89 09 63
000500246000026
INPE: 092054428
Dr. DOUAY LAMIAE
Chirurgien Pédiatre
Polyvalente Mère Enfant
CNSS Hay Hassani



NOTE CONFIDENTIELLE DU MEDECIN TRAITANT

Zomane Aouzel

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

.....

2) Renseignements cliniques sommaires:

Fr de P du 1^{er} état
Gauche nysté et
le chuté sur le gen

.....

3) Traitement envisagé et actes:

Immobilisation
Kip

.....

.....

4) Durée prévisible du traitement:

.....

A CASA LE 11/08/2013

Signature

Dr. DOUA
Chirurgien Pédiatrique
Polyclinique Mère-Enfant
CNSS Hay Hassani

وصفة ORDONNANCE

le 12/08/2023

Imane Aoujal

Ago 09 Ans

- Rx du pied G

F + 3/4

Dr. DOUAY LAMIAE
Chirurgien Pédiatre
Polyclinique Mère Enfant
CNSS Hay Hassani

T119



T 119

BILLET D'EXAMEN
DE RADIOLOGIENom du service médical
demandeur code

NOM DU MALADE

Aoujal Smaïne

N° C.N.S.S. ou Mutuelle

Renseignements clinique

Traumatisme du 1^{er} œil
gauche

Examen demande

Rx du pied G
P + 3/4

Le médecin traitant

Z =	PC =	K =	URGENT	RAPIDE	NON URGENT
24 x 30	36 x 43	35 x 35	18 x 24		Biffer les mentions inutiles
30 x 40	35 x 35	13 x 18	15 x 40		Total clichés = Total posés =



Mère - Enfants
Hay Hassani

T 119

BILLET D'EXAMEN DE RADIOLOGIE

Nom du service médical
demandeur code

NOM DU MALADE

Adygal 2 mane

N° C.N.S.S. ou Mutuelle

Renseignements clinique

Examen demandé

Traumatisme du 1^{er} œil
gauche

Rx du pied G
P + 3/4

Ajouté le 28/08/2022

Le médecin traitant

Z =

PC =

K =

URGENT

RAPIDE

NON URGENT

24 x 30

36 x 43

35 x 35

18 x 24

Biffer les mentions inutiles

30 x 40

35 x 35

13 x 18

15 x 40

Total clichés =

Total posés =

SERVICE D'IMAGERIE MEDICALE

Radiologie conventionnelle – Echographie – Doppler

COMPTE RENDU

MEDECIN DEMANDEUR
DR :

Nom : AOUZAL
Prénom : IMANE
DATE : 18/08/2023

EXAMEN RADIOGRAPHIQUE :

RESULTATS

- Fracture de la P1 du gros orteil.

DR.M.ZERHOUNI
MEDECIN RADIOLOGUE
CNSS HASSANI

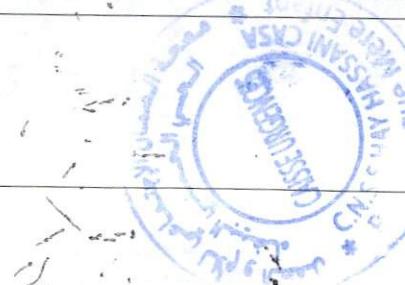
Dr. M. ZERHOUNI
MEDECIN RADIOLOGUE
CNSS HASSANI
CASABLANCA

POLYCLINIQUE ADDAMAN MERE-ENFANT
 Av. Oued Oum Errabii - HAY HASSANI
 20200 CASABLANCA
 Tél: 0522-90-83-63/64 Fax: 0522-90-83-71
 INPE: 090001538 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 788533	N° SEJOUR: 230026669	FACTURE N° 2303007846				DATE D'ENTREE : 25/08/2023	DATE DE SORTIE : 25/08/2023			
ASSURE :						DESTINATAIRE :				
MALADE : AOUZAL,Imane		UF: 5003 RADIOLOGIE				AOUZAL,Imane				
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
ACTES DE RADIOLOGIE										
ACTE DE RADIOLOGIE MEDICALE	Z	15.00	10.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant : 186999 EQUIPE RADIO .		TOTAUX :		150.00						150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DHS		PLAFOND PC :							ACOMPTE:	
		REMISE : 0.00		REGLE: 150.00					AVOIR:	
		RESTE DU: 0.00								
DATE FACTURE : 25/08/2023		EDITEE LE: 25/08/2023		PAR: BJIBAR		<u>ACCIDENT DE TRAVAIL</u>		DATE AT :		
VISA						N° DE POLICE :				
						Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE ADDAMAN MERE-ENFANT				
						BANQUE : BMCE - YAACOUB ELMANSOUR				
						N° compte bancaire : 011 780 0000 71 210 00 60070 49				



Casablanca, le 25/6/23

SERVICE DE RADIOLOGIE

IDENTITE PATIENT (E) : Touzal ± mme

EXAMEN DEMANDE PAR :

RADIOGRAPHIE : 1^e orteil à ^H
lateral

RESULTATS :

fracture de la base de P2 du 1^e orteil

radiologie
Dr Bougadis

وصفة ORDONNANCE

T119

le

Slimane Aouyad

Rx du pres

F+374



PHARMACIE SOUFIANE
Groupe K, Rue 154 N° 23/25
EL Oued - Casablanca
Tel.: 05 22 89 09 63
000500246000026
INPE: 09205428

(Affurie le 18/08/2023)

POLYCLINIQUE ADDAMAN MERE-ENFANT
 Av. Oued Oum Errabii - HAY HASSANI
 20200 CASABLANCA
 Tél: 0522-90-83-63/64 Fax: 0522-90-83-71
 INPE: 090001538 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 787778	N° SEJOUR : 230025841	FACTURE N° 2303007625				DATE D'ENTREE : 18/08/2023	DATE DE SORTIE : 18/08/2023			
ASSURE :	MALADE : AOUZAL,Imane					UF: 5003 RADIOLOGIE	DESTINATAIRE :			
NOM JEUNE FILLE :		N° IMMAT C.N.S.S. :	AOUZAL,Imane							
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 DE RADIOLOGIE	Z	15.00	10.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant : 186999 EQUIPE RADIO .	TOTAUX :	150.00							150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DHS	PLAFOND PC :							ACOMPTE:	
	REMISE :	0.00	REGLE :	150.00				AVOIR:	
	RESTE DU:	0.00							
DATE FACTURE : 18/08/2023	EDITEE LE : 18/08/2023	PAR: HANOUD	<u>ACCIDENT DE TRAVAIL:</u>						
VISA			<u>N° DE POLICE :</u>						
			DATE AT :						
			Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE ADDAMAN MERE-ENFANT						
			BANQUE : BMCE - YAACOUB ELMANSOUR						
			N° compte bancaire : 011 780 0000 71 210 00 60070 49						



SERVICE D'IMAGERIE MEDICALE

Radiologie conventionnelle – Echographie – Doppler

COMPTE RENDU

MEDECIN DEMANDEUR
DR :

Nom : AOUZAL
Prénom : IMANE
DATE : 12/08/23

EXAMEN RADIOGRAPHIQUE : PIED GAUCHE F/P

RESULTATS

-- Fracture de la P1 du gros orteil.





N° IPP : 787143	N° SEJOUR : 230025139	FACTURE N° 2305008710				DATE D'ENTREE : 12/08/2023		DATE DÉ SORTIE : 12/08/2023		
ASSURE :						DESTINATAIRE :		AOUZAL,Imane		
MALADE : AOUZAL,Imane		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	10.00	22.50	225.00					0.00	225.00
FOURNITURES MEDICALES				107.90					0.00	107.90

Intervenant : 10710 DR. DOUAY LAMIAE		TOTAUX :	332.90							332.90
Arrêtée la présente facture à la somme de :		PLAFOND PC :							ACOMPTE:	
TROIS CENT TRENTÉ DEUX DHS ET QUATRE-VINGT DIX CENTIMES		REMISE :	0.00	REGLE :	332.90				AVOIR:	
		RESTE DU:	0.00							
DATE FACTURE : 12/08/2023		EDITEE LE : 12/08/2023	PAR: BJIBAR	<u>ACCIDENT DE TRAVAIL :</u>						
VISA				N° DE POLICE :						
				DATE AT :						
				Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE ADDAMAN MERE-ENFANT						
				BANQUE : BMCE - YAACOUB ELMANSOUR						
				N° compte bancaire : 011 780 0000 71 210.00 60070 49						

