

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 canaux, 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 canaux.

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.



Déclaration de Maladie

N° P19- 0041190

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 390 Société : 129788

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : NAZIK FATIMA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 30/08/22

Nom et prénom du malade : Nazik Fatima Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Douleur Epau C6

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) : R ACCUEIL I. BOUJAB CHAIE

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 5ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

RELEVÉ 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
30/08/22	7		2000	
09/09/22	7	9	2000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	09/09/22	160,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	08-09-22	232	520,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	14/08/22					24 = 1800,00 dt
	Reéduc. - Jeu tendinopathie Epaule gauche					

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																						
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																					
				MONTANTS DES SOINS																					
				DEBUT D'EXECUTION																					
				FIN D'EXECUTION																					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																								
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS																					
				DATE DU DEVIS																					
			DATE DE L'EXECUTION																						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Nawal AISSAOUI

RHUMATOLOGUE

Spécialiste des Rhumatismes, des Maladies des OS,
des Articulations, la Colonne Vertébrale et des Tendons
Diplômée de la Faculté de Médecine de Rabat
Ancienne Médecin à l'Hôpital El Ayachi - Salé



د. نوال عيساوي

أخصائية في أمراض الروماتيزم

أمراض العظام، المفاصل، العمود
الفقري والأوتار

دبلوم كلية الطب بالرباط

طبيبة سابقة بمستشفى العياشي بسلا

Casablanca, le : 09/09/12 . : الدار البيضاء، في

M^{re} Nazik Fatima

33,00

1/ Acetio

sep x

123,60

21 Inexium Young

160,60 sep 1.

31 Dolicox 60mg

sep 1.

31.

(S.V)

PHARMACIE
BOULEVARD QODS
SLAOUI HAMDA ZAHRA
54, Boulevard El Qods
Tél : 05 22 52 39 39
Casablanca

(S.V)

matin

10g .

10g .

matin sep

10g .

Dr AISSAOUI NAWAL
Rhumatologue
Appt. N°3 Immeuble 28, Résidence Addamane Angle
Bd. El Qods et Ouled Haddou - Ain Chok
Casablanca
Tél : 0522 87 33 40
INPE 091165670

زاوية شارع القدس وأولاد هادو - عين الشق - الدار البيضاء
Appt. N°3, Immeuble 28, Résidence Addamane, Angle Bd. El Qods et Ouled Haddou - Ain Chok Casablanca

Tél. / Fax : 0522 87 33 40 . الهاتف / فاكس

P.P.V :
LOT : 37100
EXP :

SYNTHEMEDIC

22 rue zoubair bnou al aouam roches
noires casablanca
INEXTIUM

40 mg Cpr GR

Boîte 14

64115DMP/21NRQ P.P.V: 123,60 DH

6 118001 020607

Dr Nawal AISSAOUI

RHUMATOLOGUE

Spécialiste des Rhumatismes, des Maladies des OS,
des Articulations, la Colonne Vertébrale et des Tendons
Diplômée de la Faculté de Médecine de Rabat
Ancienne Médecin à l'Hôpital El Ayachi - Salé



د. نوال عيساوي

أخصائية في أمراض الروماتيزم

أمراض العظام، المفاصل، العمود
الفقري والأوتار

دبلوم كلية الطب بالرباط

طبيبة سابقة بمستشفى العياشي بسلا

Casablanca, le : 30/08/20... : الدار البيضاء, في :

Mr. Nabil Fekri

- 1) Rx Epaule 6 Face .
- 2) Radiographie Epaule 6
(Cotte notakers)
- 3) Rx 2 mains Face

Dr. BENNANI Wafa
RADIOLOGUE

Dr. AISSAOUI NAWAL
Rhumatologue
Appt. N°3 Immeuble 28 - Addamane Angle
Bd. El Kods et Ouled Haddou - Ain Chock
Casablanca
Tél: 0522 87 33 40
INPE 091465670

زاوية شارع القدس وأولاد حدو إقامة الضمان العمارة 28 الشقة رقم 3 الطابق السفلي. عين الشق - الدار البيضاء
Appt. N°3, Immeuble 28, Résidence Addamane, Angle Bd. El Kods et Ouled Haddou - Ain Chock Casablanca

الهاتف / فاكس : 0522 87 33 40

SERVICE D'IMAGERIE MEDICALE
Radiologie conventionnelle – Echographie – Doppler
COMPTE RENDU

DATE : 08/09/22

NOM & PRENOM : NAZIH FATIMA
MEDCIN TRAITANT :
EXAMEN : ECHOGRAPHIE DE L'EPAULE GAUCHE

- Discret épaississement du tendon du long biceps, Absence d'épanchement liquidien intra articulaire ou péri articulaire.
- Absence d'épanchement liquidien au niveau de la bourse sous acromio-delloïdienne ou au niveau de la gouttière bicipitale.
- Absence d'anomalie d'insertion du muscle sous scapulaire au niveau de la zone de réflexion supérieure du tendon bicipital.
- Pas de conflit antérieur entre le versant superficiel du sous scapulaire et de la coracoïde, jonction myotendineuse longitudinale antérieure d'aspect normal.
- Le contour superficiel du tendon sus épineux est d'aspect normal

CONCLUSION :

- Tendinoopathie du long biceps.

Dr. BENNANI WAKA
RADIOLOGUE

SERVICE D'IMAGERIE MEDICALE
Radiologie conventionnelle – Echographie – Doppler
COMPTE RENDU

DATE : 08/09/22

NOM & PRENOM : NAZIH FATIMA
MEDCIN TRAITANT :
EXAMEN : RX MAINS F

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

DR:

Dr. BENNANI Wafa
RADIOLOGUE

SERVICE D'IMAGERIE MEDICALE

Radiologie conventionnelle – Echographie – Doppler

COMPTE RENDU

DATE : 08/09/22

NOM & PRENOM : NAZIH FATIMA
MEDCIN TRAITANT :
EXAMEN : RX L'EPAULE G F

- Tête humérale est en place
- Intégrité articulaire glenohumérale et acromoclaviculaire.
- Absence de lésion traumatique visible.
- Absence de calcification periarticulaire.

Dr. BENNANI WAFI
RADIOLOGUE

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 : 924516	N° SEJOUR : 220035403	FACTURE N° 2203013580		DATE D'ENTREE : 08/09/2022		DATE DE SORTIE : 08/09/2022					
ASSURE :		UF: 5003 RADIOLOGIE N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :		DESTINATAIRE : NAZIH,Fatima							
MALADE : NAZIH,Fatima											
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 :											
TIERS PAYANT 2 :											
REF. PC 1 :		REF. PC 2 :									
NATURE DE PRESTATION		LETTR CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1 % / Dh MONTANT		TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT		PART DU MALADE % / Dh MONTANT	
ACTES DE RADIOLOGIE											
ECHOGRAPHIE		ECHOGR	1.00	200.00	200.00					0.00	200.00
ACTE DE RADIOLOGIE MEDICALE		Z	32.00	10.00	320.00					0.00	320.00

Intervenant : 46082 DR BENNANI WAFAA	TOTAUX :	520.00						520.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :		PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
CINQ CENT VINGT DHS		REMISE :	0.00	REGLE :	520.00		AVOIR :	
		RESTE DU:	0.00					
DATE FACTURE : 08/09/2022	EDITEE LE : 08/09/2022	PAR: CHAKRI	ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA			N° DE POLICE :		DATE AT :			
			Réglement 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			



