

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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



Déclaration de Maladie
N° P19-0035800

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00313

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ELQVAFI

ZOHRA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

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 :

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) :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.
Veuillez fournir une facture
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 <input type="text"/>												
				Montant des soins <input type="text"/>												
				Début d'exécution <input type="text"/>												
				Fin d'exécution <input type="text"/>												
O.D.F. Prothèses dentaires 	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux <input type="text"/>												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	00000000	35533411	00000000	11433553		Montant des soins <input type="text"/>
	H		G													
	25533412	00000000	21433552	00000000												
00000000	35533411	00000000	11433553													
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis <input type="text"/>													
			Fin d'exécution <input type="text"/>													
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution														

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N° P17/0043566		
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		
Cachet MUPRAS		



P17/0043566

DATE DE DEPOT

17 / 03 / 2019

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 00313	Signature de l'adhérent 	
Nom & Prénom: EL OUAH Zohra				
Fonction: Veuve DOWAN	Phones: 0522 215798			
Mail: elouah.sma@Gmail.com				
MEDECIN	Prénom du patient: M ^{me} EL OUAH Zohra			
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input checked="" type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age:	
Nature de la maladie:			Date 1ère visite:	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances				
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	Signature et cachet du Pharmacien 	
06/3/19	CS	G		
PHARMACIE	Date:		Signature et cachet du Pharmacien 	
Montant de la facture:				
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date: 13.03.19	CACHET 	
Désignation des Coefficients: 246	Montant détaillé des Honoraires: 1600DH			
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date:	CACHET 	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires		
AM	PC	IM		IV



201

وصفة
ORDONNANCE



le 06/03/13

M. EL OUAH Zohir

2 x Ilurocapine 700



POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA
Bd El-Cous 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



12

N° IPP : 818104	N° SEJOUR : 190040405	FACTURE N° 1903013884		DATE D'ENTREE : 13/09/2019		DATE DE SORTIE : 13/09/2019					
ASSURE :				DESTINATAIRE : EL OUAFI,Zohra							
MALADE : EL OUAFI,Zohra		UF: 5003 RADIOLOGIE									
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		LETRE 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 ACTE DE RADIOLOGIE MEDICALE		Z	16.00	10.00	160.00					0.00	160.00

Intervenant : 46208 DR ADABI AICHA	TOTAUX :	160.00						160.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT SOIXANTE DHS		PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
		REMISE :	0.00	REGLE :			AVOIR :	
		RESTE DU:	160.00					
DATE FACTURE : 13/09/2019		EDITEE LE : 13/09/2019		PAR: ZARIA		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		



SERVICE D'IMAGERIE MEDICALE

Radiologie conventionnelle – Echographie – Doppler

COMPTE RENDU

DATE : 13/09/19

NOM & PRENOM : EL OUAFI ZOHRA

MEDCIN TRAITANT :

EXAMEN : RX POU MON

- ❖ Opacité basale bilatérale prédominant à gauche surcharge à gauche
- ❖ Surcharge bronchique basale bilatérale.
- ❖ Comblement du cul de sac pleural gauche.
- ❖ Silhouette cardio- mediastinale normale.
- ❖ Pas d'anomalie du cadre osseux.

DR

Dr. ADABI Aicha
Radiologue