

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

diologie 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.

éducation :

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.

ntaire :

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.

aladie 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

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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.

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
18.12.2022	C		80DH	Dr. Faïza ZNASSNI Médecin Généraliste Polyclinique INARA

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
2022	18.12.2022	ECHO-GX	400,00 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412	21433552	
	D	00000000	00000000	
		00000000	00000000	
	B	35533411	11433553	
	G			
[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

وصفة
ORDONNANCE



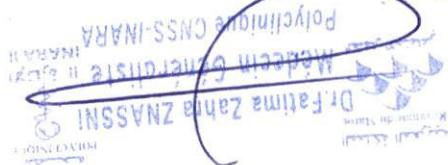
الإنارة II
INARA II

le 18.12.2015

Khaoudi Bouchra

Trigast testicule
avec s ilector
en regard

→ echo + festival
pelvien
+ RPM + testic.



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

DATE 18/12/20

NOM & PRENOM : KHAOUDI BOUCHAIB

MEDCIN TRAITANT :

EXAMEN : ECHO VESICO-PROSTATIQUE

Vessie pleine à contenu transonore et aparoi épaisse et irrégulière mesurant (7 mm) par endroit (cystite chronique)

Prostate légèrement augmentée de volume mesure

46.8 x 35.2 x 34.5mm soit 30g avec légère hypertrophie du lobe médian

RPM=285 ml

Dr. ADABIAicha
Echologue

SERVICE D'IMAGERIE MEDICALE

Radiologie conventionnelle – Echographie – Doppler

COMPTE RENDU

DATE : 18/12/20

NOM & PRENOM : KHAOUDI BOUCHAIB

MEDCIN TRAITANT :

EXAMEN : ECHOGRAPHIE TESTICULAIRE

Les deux testicules sont en places dans leurs bourses de taille normale homogène et de contours réguliers.

Aspect échographique normale des têtes epidydymaires

Lame liquidienne des albuginés sans hydrocèle.

Présence d'une formation tissulaire légèrement échogène ovalaire, bien limitée sous cutanée scrotale, non vascularisée mesurant 21.4x 12.2mm, associée à un épaississement hypervascularisé du tissu cutané adjacent.

CONCLUSION :

Testicules normaux

Absence de collection intra-scrotale

Aspect pouvant être avec un lipome surinfecté sous cutané scrotal ?
une autre origine ne peut être éliminée.

DR

Dr. ADIBI Aïcha
Echologue



N° IPP :	858233	N° SEJOUR :	200033919	FACTURE N° 2005010449		DATE D'ENTREE : 18/12/2020		DATE DE SORTIE : 18/12/2020				
ASSURE :						DESTINATAIRE :		KHAOUDI, Bouchaib				
MALADE : KHAOUDI, Bouchaib				UF: 5002 URGENCES								
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
CONSULTATION DE MEDECIN.		C	1.00	80.00	80.00					0.00	80.00	

Intervenant : 10666 DR ZNASSNI FATIMA ZAHRA		TOTAUX :	80.00							80.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :		PLAFOND PC :							ACOMPTE:	
QUATRE-VINGT DHS		REMISE :	0.00	REGLE :					AVOIR:	
		RESTE DU:	80.00							
DATE FACTURE : 18/12/2020		EDITEE LE : 18/12/2020	PAR: ZARIA	<u>ACCIDENT DE TRAVAIL :</u>						
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						



N° IPP : 858224 N° SEJOUR : 200033910

FACTURE N° 2003012333

DATE D'ENTREE : 18/12/2020 DATE DE SORTIE : 18/12/2020

ASSURE :

DESTINATAIRE :

MALADE : KHAOUDI, Bouchaib

KHAOUDI, Bouchaib

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	ECHOGR	1.00	200.00	200.00					0.00	200.00

Intervenant : 46208 DR ADABI AICHA	TOTAUX :	200.00								200.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :										
DEUX CENTS DHS	PLAFOND PC :								ACOMPTE :	
	REMISE :	0.00	REGLE :						AVOIR :	
	RESTE DU:	200.00								
DATE FACTURE : 18/12/2020	EDITEE LE : 18/12/2020	PAR: SARA	<u>ACCIDENT DE TRAVAIL :</u>							
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								

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 : 858224 N° SEJOUR : 200033910

FACTURE N° 2003012332

DATE D'ENTREE : 18/12/2020 DATE DE SORTIE : 18/12/2020

ASSURE :

DESTINATAIRE :

MALADE : KHAOUDI, Bouchaib

KHAOUDI, Bouchaib

NOM JEUNE FILLE :

TIERS PAYANT 1 :

UF: 5003 RADIOLOGIE

N° IMMAT C.N.S.S. :

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										
ECHOGRAPHIE	ECHOGR	1.00	200.00	200.00					0.00	200.00

Intervenant : 46208 DR ADABI AICHA TOTAUX : 200.00 200.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

DEUX CENTS DHS

PLAFOND PC : ACOMPTE :

REMISE : 0.00 REGLE : AVOIR :

RESTE DU: 200.00

DATE FACTURE : 18/12/2020 EDITEE LE : 18/12/2020 PAR: SARA

ACCIDENT DE TRAVAIL :

N° DE POLICE : DATE AT :

VISA

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