

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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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.

M22- 0030415

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 839 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : FATIMA RAHMOUNE EP ZIDANI

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. YAQOUBI Youssef
Médecin Urgentiste
INPE : 09103209

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : RABIA Age :

Lien de parenté :

Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

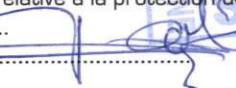
Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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) : 

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
20/07/2022	CM	1x1 - 179.03		Dr. YAQOUBI Youssef Médecin Urgentiste INPE : OSMA3157

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ARESKI Hay Amal 1 Rue 8 No 59 0522853216 - Casablanca	31/12/2022	105,40 Dhs.

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

(Création, remont, adjonction)
fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVISAGE

VIGUEURS ET SACHETS DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



صيدلية أرس
PHARMACIE ARESKI
Hay Amal 1 Rue 8 N° 59
Tél. 0522 8532 16 - Casablanca

Le ٢٧/٢/٢٢

Raymond

Réf : 37124222
IMAN
BLANCA
Sociétés

74,80

Spectre Réf

15-21/15-51

A.S.

صيدلية أرس
PHARMACIE ARESKI
Hay Amal 1 Rue 8 N° 59
Tél. 0522 8532 16 - Casablanca

Hu max Réf

Int < 32' 3'

$$15,30 \times 2 = 30,60$$

WTC 100 55

A.S.

Dr. YAQOUBI Youssef
Médecin Urgentiste
INFE - Casablanca

Polyclinique Addaman Derb Ghallef Rue Addaman - Casablanca
Tél. : 05 22 86 30 20 - 05 22 86 30 21 - Fax : 05 22 86 42 05



74,80





N° IPP : 1094211 N° SEJOUR : 220120464

FACTURE N° 2205034834

ASSURE :

MALADE : RAHMOUNE,Fatna

NOM JEUNE FILLE :

TIERS PAYANT 1 :

TIERS PAYANT 2 :

REF. PC 1 : REF. PC 2 :

DATE D'ENTREE : 31/12/2022 DATE DE SORTIE : 31/12/2022

DESTINATAIRE :

RAHMOUNE,Fatna

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.	CN	1.00	120.00	120.00					0.00	120.00
CONSULTATION GENERALISTE (NUIT ET JOUR F)										
ACTES INFIRMIERS ET AUXILIAIRES PARAMEDICAUX	AMI	3.00	7.50	22.50					0.00	22.50
ACTES PRATIQUES PAR L'INFIRMIER										
PRODUITS PHARMACEUTIQUES				25.84					0.00	25.84
FOURNITURES MEDICALES				10.69					0.00	10.69

Intervenant : 1012013 DR YAQOUBI SOUSSANE YOUSSEF (GÉNÉRALISTE)	TOTAUX :	179.03								179.03
---	----------	--------	--	--	--	--	--	--	--	--------

Arrêtée la présente facture à la somme de :
CENT SOIXANTE DIX-NEUF DHS ET TROIS CENTIMES

PLAFOND PC :

REMISE : 0.00 REGLE : 179.03 ACOMPTE :

RESTE DU : 0.00 AVOIR :

DATE FACTURE : 31/12/2022

EDITEE LE : 31/12/2022 PAR: BAKHRI

ACCIDENT DE TRAVAIL :

VISA

DATE AT :

N° DE POLICE :

Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef
 BANQUE : BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA
 N° compte bancaire : 011 780 0000 70 210 00 60 028 31

POLYCLINIQUE ADDAMMA
 DERB GHALLEF CASABLANCA
 Caisse d'urgences