

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème 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



Déclaration de Maladie

N° W19-438618

ND: 35847

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7095 Société : _____

Actif Pensionné(e) Autre : _____

Nom & Prénom : Aziz ROHMANES

Date de naissance : 13/08/1960

Adresse : N° 44 Rue OUKHOUMA HAYERRAHA CASABLANCA

Tél. : 0665108044 Total des frais engagés : 297,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : _____

Nom et prénom du malade : MR AZIZ ALI Age : _____

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

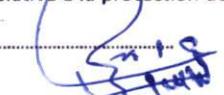
Nature de la maladie : Transtransthyrétrémie

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 : Casablanca Le : 27/07/2020

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
27/07/2020		9	80,00	INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27/07/20	6,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	27/07/20		

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE	Coefficient DES TRAVAUX														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D	G														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	B															
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>													
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



وصفة
ORDONNANCE

Le 27/07/2020

Aziz Ali

Rx. leville.

gauche F
P

Dr. TALEB Sophia
Service des Urgences
Polyclinique CNSS Derb Ghallef

وصفة
ORDONNANCE



Le 27/07/2020

Aziz Ali

13.20

1/ Algik

V.S.

2p x 25

47.80

2/ Daseu

9p



61.00

3/ 2p x 35

DE TALEB SOUFI
Service des Urgences
Polyclinique CNSS - Derb Ghallaf

POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef
 Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux
 20100 CASABLANCA
 Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-863020
 INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058

N° IPP : 1156167	N° SEJOUR : 200043257	FACTURE N° 2005026079		DATE D'ENTREE : 27/07/2020	DATE DE SORTIE : 27/07/2020
ASSURE :				DESTINATAIRE : AZIZ,Alì	
MALADE : AZIZ,Alì		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
ACTES DE RADIOLOGIE ACTE DE RADIOLOGIE MEDICALE	Z	15.00	10.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant : 186999 EQUIPE DE RADIOLOGIE . TOTAUX : 150.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :
 CENT CINQUANTE DHS

PLAFOND PC :		ACOMPTE :	
REMISE :	0.00	REGLE :	
RESTE DU :	150.00		

DATE FACTURE : 27/07/2020 EDITEE LE : 27/07/2020 PAR: MOURAD

VISA

ACCIDENT DE TRAVAIL :

N° DE POLICE : DATE AT :

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



POLYCLINIQUE C.N.S.S - Derb Ghallef
Rue de la Sécurité Sociale Quartier des Hôpitaux
20100 CASABLANCA
Tél:0522-863021/27 Fax:0522-864205 RDV:0522-863020
INPE: 090001512 ICE: 001757364000080 IF: 1602058

N° IPP : 1156167	N° SEJOUR : 200043258	FACTURE N° 2005026080		DATE D'ENTREE : 27/07/2020	DATE DE SORTIE : 27/07/2020
ASSURE :		DESTINATAIRE : AZIZ,Ali			
MALADE : AZIZ,Ali		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
CONSULTATION DE MEDECIN. CONSULTATION DE GENERALISTE	C	1.00	80.00	80.00					0.00	80.00

Intervenant : 02012018 DR TALEB SOPHIA GENERALISTE TOTAUX : 80.00 80.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :
QUATRE-VINGT DHS

PLAFOND PC :		ACOMPTE:	
REMISE : 0.00	REGLE :	AVOIR :	
RESTE DU: 80.00			

DATE FACTURE : 27/07/2020 EDITEE LE : 27/07/2020 PAR: MOURAD ACCIDENT DE TRAVAIL :

VISA N° DE POLICE : DATE AT :

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



دازين 10.000 وحدة
سرايبتاز

40 قرصا ملبسا
معدى - مقاوم
عن طريق الفم



مختبرات سنتمديك
20 - 22 منطقة زبير بن العوام
المسحور السواء - الدار البيضاء

DASEN® 10 000 UI

Serrapeptase

40 Comprimés errobés gastro-résistants



PPV :
EXP :
Lot N° :

08,80
4744

13,20

ALGIK[®]

Paracétamol(500 mg) + Caféine(50 mg)

Antalgique et antipyrétique

16 comprimés

Voie orale