

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére personnel.

Nº P19- 068447

Maladie

Dentaire

Optique

82809 Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1202

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AJAL DINANE

Date de naissance : 1948

Adresse : 95 RUE ELORJOUANE Apt 1100 RUE

CARA

Tél. : 0612533331

Total des frais engagés : 318,71 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 11/04/2020

Nom et prénom du malade : AJAL DINANE Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : GROSSEUR

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

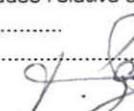
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : CARA

Le : 17/04/2020

Signature de l'adhérent(e) :



Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient.	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
17/04/2023	CN	1	12924	Dr. Youssef YAQOUBI Médecin Généraliste 09183269

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL SAMRA Ame Alami Sunni Samra Docteur en Pharmacie 13, Rue Annabi Beauséjour Rabat - Tel : 05 22 39 08 70	17/04/2023	189,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ICD.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553
	P

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 :	1141568	N° SEJOUR :	200023863	FACTURE N° 2005013965				DATE D'ENTREE : 17/04/2020		DATE DE SORTIE : 17/04/2020	
ASSURE :								DESTINATAIRE :			
MALADE :	AJAL,Othmane				UF: 5002 URGENCES				AJAL,Othmane		
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 GENERALISTE (NUIT ET JOUR F	CN	1.00	120.00	120.00					0.00	120.00	
PRODUITS PHARMACEUTIQUES				8.25					0.00	8.25	
FOURNITURES MEDICALES				0.96					0.00	0.96	

Intervenant : 1012013 DR YAQOUBI SOUSSANE YOUSSEF (GÉNÉRALISTE)	TOTAUX :	129.21							129.21
Arrêtée la présente facture à la somme de :	PLAFOND PC :							ACOMPTE :	
CENT VINGT NEUF DHS ET VINGT ET UN CENTIMES	REMISE :	0.00	REGLE :	129.21				AVOIR :	
	RESTE DU :	0.00							
DATE FACTURE : 17/04/2020	EDITEE LE : 17/04/2020	PAR: SAAD	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								

129.21
 129.21
 129.21
 129.21

وصفة
ORDONNANCE



درب غلف
DERB GHALLEF

Le 17/04/2020

R

ANP

Pharmacie

PHARMACIE AL AMANA
Mme. Alami Soumnia Samira
Docteur en Pharmacie
13, Rue Annabi - Bouskoura
Casablanca - Tel: 05 22 39 09 70

100,50

600

120

144,50

100



No-Spa forte

1500 1500 1500

PER : 09/2022
01 : 19/04/2022

NO - SPA FORTE 80MG
CP B20

P.P.V : 45DH00



6 118000 061816

Dr. Youssef YAQOUB
Médecin Généraliste
INPE : 091183269

189,50