

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.

Matricule : 0.1164 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : NouBTASSINE N. BANOU

Date de naissance : 20/06/1951

Adresse : HOTEL WAFA 14 N° 22 DEROURA

Tél. : 06.73.14.60.87 Total des frais engagés : 751,80 Dhs

Dr. CHAKIR Youness
Chirurgien Urologue
Andrologue-Sexologue
Tel: 06 60 68 94 60
091249250

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/10/2023

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même

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 : DEROURA

Signature de l'adhérent(e) : 

Le : 13/10/2023

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
12/12/23	CS		150,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
6205060294 EL DUKOURA WAFAA TOUSSENNAI DIAOU FIX : 05.22.53.20.54	23-6-VI-2024	101.80 FIX : 05.22.53.20.54

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

[Création, remont, adjonction]

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



وصفة ORDONNANCE

le 11 Sept 23

Re: www.rolf.com www.rolf.com www.rolf.com

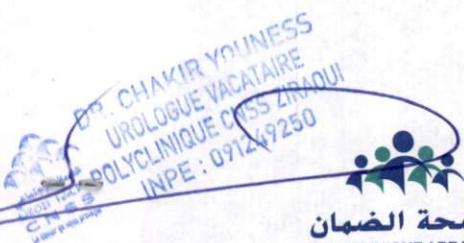
① Umwelt 9/47

147.6° **A's** 1 of 31 on
Folotral 10 mg
Lysine mix on 160°
Fix 105.3° Deprene 153.2° 0.54
Dermatol 10 mg
105.3° 153.2° 0.54
EL OUMOUIMA
Dermatol 10 mg
105.3° 153.2° 0.54

153.30 a (D) **15** up le sur
PHARMACEUTICALS & COSMETICS LTD. QUEBEC
Permixon

III de 3 mes

60 1.80



مصحة الضيام
POLYCLINIQUE ADDAMAN

VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ

153,30

PPV 1500150
G + M +

153,30

PPV 1500150
G + M +



PPV: 147 DH 60



مدونة للتخزين.

PPV: 147 DH 60

ologie
e à l'intérieur.



gie
l'intérieur.

N° IPP : 778906	N° SEJOUR : 230040875	FACTURE N° 2302013249				DATE D'ENTREE : 12/10/2023		DATE DE SORTIE : 12/10/2023		
ASSURE :						DESTINATAIRE :		MOUBTASSIME, Mohamed		
MALADE : MOUBTASSIME, Mohamed		UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI				N° IMMAT C.N.S.S :				
NOM JEUNE FILLE :										
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 COTES EN C CONSULTATION DE SPECIALISTE	Cs	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant : M0200049 CHAKIR YOUNESS		TOTALS :		150.00						150.00	
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DHS		PLAFOND PC :							ACOMPTE:		
		REMISE : 0.00		REGLE : 150.00					AVOIR :		
		RESTE DU: 0.00									
DATE FACTURE : 12/10/2023		EDITEE LE : 12/10/2023		PAR: R9035		ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA						N° DE POLICE : DATE AT :					
						Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOUI					
						BANQUE : B.M.C.E - MED SEDKI - CASABLANCA					
						N° compte bancaire : 011 780 00 00 43 210 00 60050 54					

Caisse des Urgences
 Polyclinique C.N.S.S Ziraoui