

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.

Biologie 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.

Dentaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

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 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

39224

Déclaration de Maladie : N° P19- 0014853

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 28.6.9

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LA HOUINY ABDELLAH

Date de naissance : 01.01.52

Adresse : 29 Rue Ben Youssef Hay Ennaha

Tél. : 06 27 90 90 84 Total des frais engagés : 250 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 18/08/2020

Nom et prénom du malade : FARIHI AHLIMA Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection

Dermatologique

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 : CASA

Le : 09/10/2020

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
18/08/22			100.000 Dhs	

EXÉCUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	PHARMACIE ANJAN Hicham TALI Pharmacien Montpellier 42, Rue J. Héane Hay Salam C.I.L. Casablanca 36.13.05 Fax: 0322.39.61.05 Tél: 0522.39.61.05 12.00.00
PHARMACIE ANJAN Hicham TALI Pharmacien Montpellier 42, Rue J. Héane Hay Salam C.I.L. Casablanca 36.13.05 Fax: 0322.39.61.05	18/08/2020	319.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

MASTERFILE	
H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

The diagram shows a 10x10 grid of circles. The circles are numbered with integers from 1 to 9. The grid is bounded by four axes: D (left), G (right), H (top), and B (bottom). The circles are arranged in a pattern that follows the grid lines, with some circles missing or empty. The numbers are distributed as follows:

- Row 1: H (1), G (2), B (1), H (2)
- Row 2: G (3), H (2), B (3), G (4), H (3), B (4)
- Row 3: B (5), G (6), H (5), G (7), B (6), G (8), H (7), B (7)
- Row 4: H (8), G (9), B (8), G (10), H (9), B (9)
- Row 5: B (10), G (11), H (10), G (12), B (11), G (13), H (11), B (11)
- Row 6: H (12), G (13), B (12), G (14), H (13), B (13)
- Row 7: B (14), G (15), H (14), G (16), B (15), G (17), H (15), B (15)
- Row 8: H (16), G (17), B (16), G (18), H (17), B (17)
- Row 9: B (18), G (19), H (18), G (20), B (19), G (21), H (19), B (19)
- Row 10: H (20), G (21), B (20), G (22), H (21), B (21)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

المملكة المغربية

Royaume du Maroc



الضمان الاجتماعي

الرقم 1054 - 2014

CNSS

Le devoir de vous protéger

LOT 191364

EXP 07/2022

PPV 25.60DH

ug/ub

UT. AV: 02 2022 23,10 P.P.V

UT. AV: 02 2022 23,10 P.P.V

LOT N°: 1287497

23,10

Le 18/8/20

CupraMaroc

50 Compr

sé

LOT: 276

PER: MAR 2022

PPV: 126 DH 80

PHARMACIE ARAUCARIA

Hicham TALI Pharmacien

42, Rue d'Ifrane Hay Salam C.I.L Casablanca

Tél.: 0522 36 13 05 Fax: 0522 39 61 05

48.40

25.60 + 49.40

- Amet 5 1481

826.80

71.90

- Nodop 1,2

23.10

Ly Arouia 1,4

01 <

01 <

01 <

18/08/2020
01/09/2020

18/08/2020
01/09/2020

Mustapha
Mustapha
Mustapha
Mustapha

PHARMACIE ARAUCARIA

Hicham TALI Pharmacien

42, Rue d'Ifrane Hay Salam C.I.L Casablanca

Tél.: 0522 36 13 05 Fax: 0522 39 61 05

PHARMACIE ARAUCARIA

Hicham TALI Pharmacien

42, Rue d'Ifrane Hay Salam C.I.L Casablanca

Tél.: 0522 36 13 05 Fax: 0522 39 61 05

319.00

PHARMACIE ARAUCARIA

Hicham TALI Pharmacien

42, Rue d'Ifrane Hay Salam

C.I.L Casablanca

Tél.: 0522 36 13 05 Fax: 0522 39 61 05

Dr. ATLAB Mustapha
Cardiologue
Gsm: 0634 66 29 52

زنقة الضمان - درب غلف - الدار البيضاء - الهاتف 0522 86 30 20 - فاكس: 0522 86 42 05

Rue Addamane - Derb Ghaffef - Casablanca - Tél.: 0522 86 30 20 à 27 - Fax: 0522 86 42 05

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

2

N° IPP : 	N° SEJOUR : 200048861	FACTURE N° 2002011925 UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI N° IMMAT C.N.S.S. : 			DATE D'ENTREE : 18/08/2020		DATE DE SORTIE : 18/08/2020			
ASSURÉ :	DESTINATAIRE : AHLIMI, Farihi									
MALADE : AHLIMI, Farihi										
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
CONSULTATION DE MEDECIN.	CSC	1.00	250.00	250.00					0.00	250.00

Intervenant : 210104 DR ATLAB MUSTAPHA (CARDIOLOGUE)				TOTaux : 250.00							
Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX CENT CINQUANTE DHS				PLAFOND PC :						ACOMPTE :	
				REMISE 0.00		REGLE : 250.00				AVOIR :	
				RESTE DU : 0.00							
DATE FACTURE : 18/08/2020				EDITEE LE : 18/08/2020		PAR: AZEDIN		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			

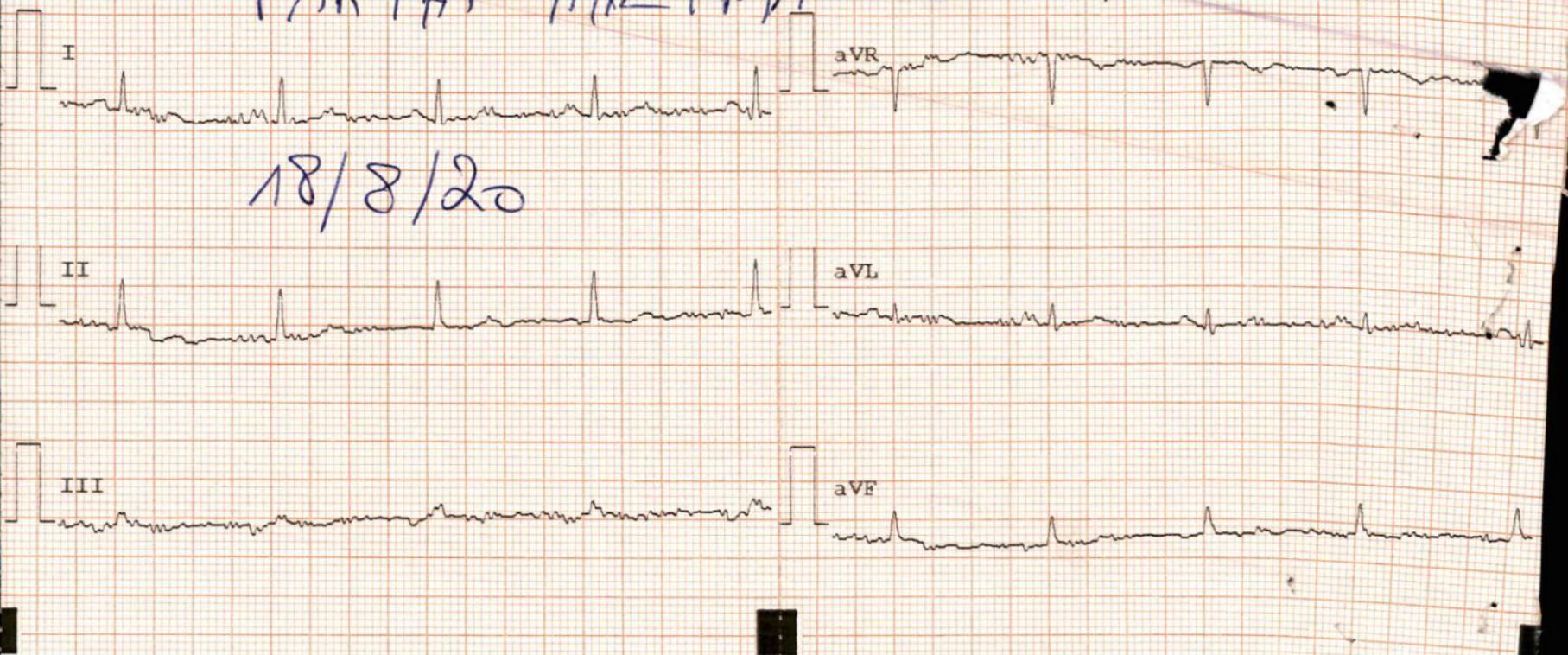
131Kg

CARDIOLINE DELTA3 02:40 15-JUN-93
REMCO ITALIA

FAR IHI AHLIMA

18/8/20

CARDIOLINE DELTA3 02:40 15-JUN-93
REMCO ITALIA



34524
CARDIOLINE DELTA3
REMCO ITALIA

02:40 15-JUN-93

CARDIOLINE DELTA3
REMCO ITALIA

02:40 15-JUN-93

