

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 : 6302 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : MOUATAKI Abdallah

Date de naissance : 1947

Adresse : JAMILA 5 Rue 113 - N° 32 - C. D - CASA

Tél. : 0664 58 34 62 Total des frais engagés : 3272,50 Dhs

Cachet du médecin :

Dr. MADADOU Ndiaye
optométriste
opticien
opticien
opticien

Date de consultation : 10/10/2023

Nom et prénom du malade : MOUATAKI Abdallah Age : 1947

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Lunettes

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

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

Le : 16/10/2023

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10/12/2023	122,00

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	
K-One Optic Ayad El Khaoula INPE: 095023958 02 Bis Rue 50 Hay Mly Abdellatif Ain Chock Casablanca 20142	16/2/23					3000,00

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'ODP.



درب غلف

DERB GHALLEF

وصفة ORDONNANCE

Le 10/02/23

Dr. Moutani ABDALLAH

Correcto ✓

20,00 x 2

1840 x 41,00 x 2

2) Gellman

راسب 21,00 x 2

61,00 x 2

Dr. MADADOU Najeem
Ophtalmologiste
polyclinique CNSS Derb Ghallef
Casablanca

= 122,00



CASABLANCA LE,

نº ٢٩٢٣

NOM ET PRENOM DU MALADE

MOUTAKI ABDALLAH

PRESCRIPTION DES LUNETTES

VISION DE LOIN

O. D (-1,25 à 100)

O. G +2,25 (-1,00 à 90)

VISION DE PRES

O. D ADD +3,00 D 4

O. G K-One Optic

Ayad El Khaoula

INPE: 095023958

~~MONTURES~~
25 Rue 50 May Mly Abdellah
Ain Chock, Casablanca 20420

Dr. MADAIDOU Najem
Ophtalmologiste
Polyclinique CNSS Derb Ghallef
Casablanca

RUE ADDAMAN - DERB GHALLEF CASABLANCA
TEL. : 05 22 86 30 20/27 LG/FAX : 05 22 86 42 50



FACTURE 0001590

Casablanca la: 16/2/23

Mr (e) : MOUTAKI ABDALLAH

N° de Nomenclature :

Docteur : MABAIBOU NAJEM

Monture : optique Métallique		400,00
Verres : phragmique ANT.		2600,00
Vision de loin :		
OD (-1,25 = 100)		
OD +2,25 (-1,00 = 90)		
ADD +3,00		
	TOTAL	3009000BP

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Trois mille dirhams

K-One Optic

Ayad El Khaoula

INPE: 095023958

02 Bis Rue 50 Hay Mly Aboellat

Ain Chock Casablanca 20420

RC :436474, IF :31900763, TP :34000981, ICE :002270067000066, INPE :095023958

102 Bis Rue 50 HAY MY ABDELAH AINCHOCK CASABLANCA -20470

POLYCLINIQUE CNSS - 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 : 1359989	N° SEJOUR : 230013568	FACTURE N° 2302004155				DATE D'ENTREE : 10/02/2023				DATE DE SORTIE : 10/02/2023			
ASSURE :						DESTINATAIRE :							
MALADE : MOUTAKI,Abdallah		UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI				MOUTAKI,Abdallah							
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.	CS	1.00	150.00	150.00						0.00	150.00		

Intervenant : 11872016 DR MADAIDOU NAJEM OPHTALMOLOGUE	TOTAUX : 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 : 10/02/2023	EDITEE LE : 10/02/2023	PAR: LAGRIB	<u>ACCIDENT DE TRAVAIL:</u>									
VISA			N° DE POLICE :	DATE AT :								
			Réglément 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 CNSS - Derb Ghallef
Polyclinique CNSS
Polyclinique CNSS
Polyclinique CNSS