

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR VER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Sons 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 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 : *9576* Société : *RAM*

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : *AARIZA Mustapha*

Date de naissance : *18-05-1959*

Adresse : *Lotissement AL KHOTAMA E1 N° 92*

.....
Oulfa

Tél. : *0641 19 9393* Total des frais engagés : *3550,00* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causés 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 : Le : / /

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
22/3/88	Ca	1	10000	DR MADA IMOGIS 0911-1990

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
KADER OPTIQUE OPTICIENNE D'OPTOMTRIE 204 Av Abdellah Seddiki Drissia Casablanca Tel: 022 80 18 36 - Fax: 022 80 17 27 IF : 02520198 02017000027	26/03/2022	3400,-

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

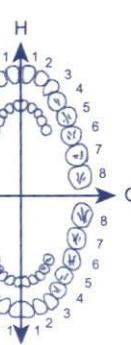
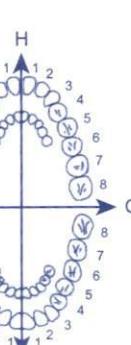
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
					CŒFFICIENT DES TRAVAUX
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
					FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			
		H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
					DATE DU DEVIS
					DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

POLYCLINIQUE ADDAMAN - 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 : 1283203	N° SEJOUR : 220025627	FACTURE N° 2202006827				DATE D'ENTREE : 22/03/2022		DATE DE SORTIE : 22/03/2022		
ASSURE :						DESTINATAIRE :		AARIZA, Mustapha		
MALADE : AARIZA, Mustapha		UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI								
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 : 22/03/2022	EDITEE LE : 22/03/2022	PAR: LAGRIB	ACCIDENT DE TRAVAIL :							
VISA			N° DE POLICE :							
			DATE AT :							
			Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE ADDAMAN - Derb Ghallef							
			BANQUE : BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA							
			N° compte bancaire : 011 780 0000 70 210 00 60 028 31							



404, Av.Abdellah Senhaji
Idrissia 1 -Casablanca
Tél : 05 22 28 70 73
Fax : 05 22 80 18 36

patente : 33664052
C.N.S.S : 23561145
R.C : 20 47 88

IF : 02520198
ICE : 00182301700027
INP : 095004081

O.D. = ADD. =

O.G. = ADD. = Ordonnance du docteur NADEN

NRS de nomenclature
corespondants à
la prescription

Loin { O.D. = -
O.G. = -

Prés { O.D. = -
O.G. = -

D.F. { O.D. = 502
O.G. = 502

FOURNITURE :

1 Montures : 2 Prys 900,- 900,-

2 Verres : 2 verres de 100% 100,- 200,-

TOTAL :

3400,-

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Voir Note ci-dessous
C'est une Tropique

KADER OPTIQUE
OPTICIENNE - OPTOMÉTRIE
404, AV. Abdellah Senhaji, Idrissia 1
Tél : 05 22 28 70 73 - Fax : 05 22 80 18 36 - Casablanca



DERB GHALLEF

CASABLANCA LE,

22/03/22

NOM ET PRENOM DU MALADE

Mr AAEZIA MUSTAPHA

PRESCRIPTION DES LUNETTES

VISION DE LOIN

O. D +0,75
O. G +0,75

XADER OPTIQUE
OPTICIENNE - OPTOMETRISTE
404, Av. Abdellah Senhaji Drissia 1
Casablanca 20707 - Tel: 0522 80 18 36 - Casablanca

VISION DE PRES

O. D ADD +2,50 DPT
O. G

MONTURES

د. الناجي مادايدو
Dr. Najem MADAIDOU
Ophtalmologiste
INPE : 091144964

RUE ADDAMAN - DERB GHALLEF CASABLANCA

TEL. : 05 22 86 30 20/27 LG/FAX : 05 22 86 42 50