

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

ditions 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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

location :

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.

aire :

En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

die 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



Déclaration de Maladie

N° M21-0033030

☒ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3504 Société : RA7
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : KASSABI OUAFAA
Date de naissance : 08/12/1958
Adresse :
Tél. : 0631159486 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 28/03/2022
Nom et prénom du malade : KASSABI OUAFAA Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : affection oculaire
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 : Le : 28/04/2022
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



RELEVÉ 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
08/03/22	C#		150,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Point Mers Sultan 20000 Casablanca T: 05 22 22 11 10 - R.C. Casa : 14988 S: 1187641 - IF: 50865002 - Patente N°: 34306256 ICE N°: 0018977100/045 INPE: 092049281	08/03/22	59,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

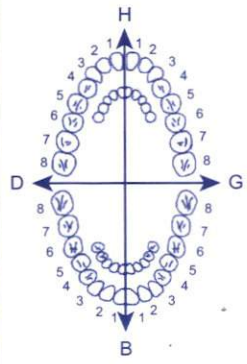
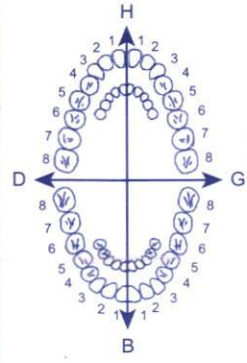
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ 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																						
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																					
				MONTANTS DES SOINS																					
				DEBUT D'EXECUTION																					
				FIN D'EXECUTION																					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B				COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	[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



الضمان الاجتماعي

الضمان الاجتماعي

CNSS

Le devoir de vous protéger

ZENITH Pharma



6 118001 270521

PPV : 28,80 DH

وصفة ORDONNANCE

مصلحة
POLYCLINIQUE



درب غلف

DERB GHALLEF

Le 08/03/22

KASSABI OUARAO

أيكومب

Icomb

Lot:

Fab: Y H 0 1 3 2

Exp: 08 21

08 23

PPV: 30 DH 30

28,80 y Artelac 2

30,30 y Icomb 2

59,10

Dr. Najem MADAIDOU
Ophthalmologiste
INPE: 09114964

PHARMACIE PRINCIPALE
Mouhamed Said LEBBAH
Pharmacien
Rond Point Mers Sultan 20000 Casablanca
Tél: 05 22 22 11 10 - R.C. Casa : 149664
CNSS: 1187641 - IF: 50905302 - Patente N°: 34306256
ICE N°: 001897771000045
INPE: 092049261



CASABLANCA LE,

08/03/22

NOM ET PRENOM DU MALADE

KARAB OUARAO

PRESCRIPTION DES LUNETTES

VISION DE LOIN

O. D

+3,25 (-1,25 à 50)

O. G

+3,50 (-0,50 à 100)

VISION DE PRES

O. D

Add +3,00 ou h

O. G

MONTURES

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

OPTIQUE MEGHAR

42 AV. HASSAN II MAG. N°3-KENITRA

RC KENITRA 48406 - PATENTE 20873788

IF 28814804 - CNSS 6924569 - ICE 000510177000094

Le 30/03/2022

M: KASSABI OUAFAA

Facture N° :

1123

Ordonance de Mr Le Docteur :

N° de nomenclature

Correspondants à la prescription

Loin

OD

OG

D.F.

OD EA410005+ EA410013

OG EA410005+ EA410013

Près

OD

OG

FOURNITURES

Qté	Désignation	Montant
1	MONTURE OPTIQUE	400,00
2	VERRE PROGRESSIF ORGANIQUE ANTI-REFLET	2200,00
		2600,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Deux Mille Six Cent Dirhams.

OPTIQUE MEGHAR
N°3
Résidence Elmagas
KENITRA

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 : 1279599	N° SEJOUR : 220021132	FACTURE N° 2202005476		DATE D'ENTREE : 08/03/2022		DATE DE SORTIE : 08/03/2022				
ASSURE :				DESTINATAIRE :						
MALADE : KASSABI,Ouafaa		UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI		KASSABI,Ouafaa						
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 % / Dh MONTANT		TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT		PART DU MALADE % / Dh MONTANT	
CONSULTATION DE MEDECIN. CONSULTATION DE SPÉCIALISTE	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 : 08/03/2022	EDITEE LE : 08/03/2022	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					