

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : *ASSA* Société :

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom : *JIRANI HNIA*

Date de naissance : *197246*

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

*Dr. MADAIDOU Najem
ophtalmologiste
clinique CNSS Derb Ghaille
Casablanca*

09 11 44 964

Date de consultation : *10/02/24*

Nom et prénom du malade : *JIRANI HNIA* Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

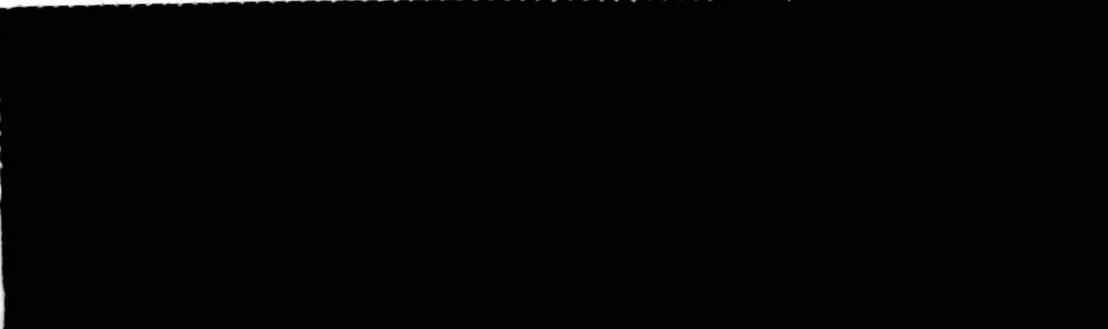
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :



PR4FR05/VZ/20-10-2023

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
90-02-24	24	150	150	DT MADADOU Naji Ophthallogiste Technique CSSS Deb Ghalié

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

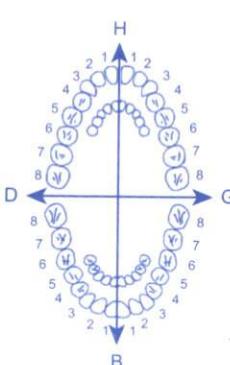
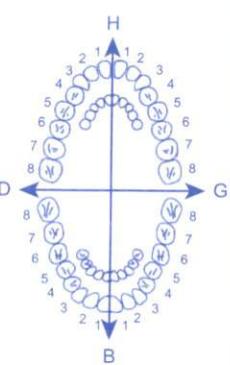
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<i>Signature</i>	23-02-2017					2800,-
						INPE: 095020699

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.

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



CASABLANCA, LE :

20/02/24

NOM ET PRENOM DU MALADE

Ji RAMI Hembra

PRESCRIPTION DES LUNETTES

VISION DE LOIN

O. D $+1,00 (-1,00 \pm 90)$

O. G $+0,75 (-0,50 \pm 110)$

VISION DE PRES

O. D $+1 +2,75 \text{ OS}$

O. G

MONTURES

Dr. MADAIDOU Najem
Ophtalmologiste
Polyclinique CNSS Derb Ghallef
Casablanca



Hay El Ousra 2 Rue 98 N° 36 Ain Chok 20300 Casablanca
 Tél : 05 22 21 28 97 Email : jouryoptic@gmail.com
 IF: 26068902 - Patente : 34092626 - RC : 408371

حي الأسرة 2 زنقة 98 رقم 36 عين الشق 20300 الدارالبيضاء
 الهاتف : 05 22 21 28 97
 البريد الإلكتروني : jouryoptic@gmail.com

بصريات
 جوري

INPE : 095020699
 ICE : 002111149000057

FACTURE

N° 2459

Casablanca le : 23.10.2016

Me/Mme : JIRANI HENIA

Matricule :

Nom Article	Désignation	P.U	P.Total
	Numéro :		
	Monture de Lunette : Optique	800	
	Verres Organique : Progressif 1,6 anti UV		
	V.Loin : O.D : Axe : 90° CYL: 1,00 SPH: +1,00	1000	
	O.G : Axe : 110° CYL: 0,50 SPH: +0,75	1000	
	V.Près : O.D : Axe : CYL: SPH:		
	O.G : Axe : CYL: SPH:		
	ADD : +2,75 O.D : E.I.P	2800	
	Ophtalmo : O.G :	dh	
	Arretez la présente facture à la somme de		
	deux mille huit cents dinars		

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 : 1458194	N° SEJOUR : 240019662	FACTURE N° 2402005819				DATE D'ENTREE : 20/02/2024		DATE DE SORTIE : 20/02/2024		
ASSURE :						DESTINATAIRE :		JIRANI, Henia		
MALADE : JIRANI, Henia		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		TOTALS :		150.00						150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :		CENT CINQUANTE DHS		PLAFOND'PC :					ACOMPTE :	
				REMISE :	0.00	REGLE :			AVOIR :	
DATE FACTURE : 20/02/2024		EDITEE LE : 20/02/2024 PAR: LAGRIB		RESTE DU:	150.00					
VISA				ACCIDENT DE TRAVAIL :						
				N° DE POLICE :					DATE AT :	
				Règlement 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					