

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

rmacie :

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.

ique :

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

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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

ND: 24398

Déclaration de Maladie : N° P19-0021711

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 190 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : CHOUAI BI Houssein Date de naissance : 1933

Adresse : 117, Bd Moulay Youssef - Casablanca

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 14/2/2020

Nom et prénom du malade : TA Boubakr Age : 80

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

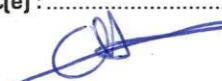
Nature de la maladie : Constat de maladie à allergie

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) : 

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
14/02/2020		02	15000	DR APHTHALMOLOGIE VACATIONNELLE POLYCLINIQUE CNS 2020 INPE N° 03

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE MY. YOUSSEF Salma CHERIE D'OUZAN Tunisie - Pharmacie 10, Rue Allal Ben Abdellah BP 1000, Tunis, Tunisie Tel: 27-72-00</p>	<p>14/02/20</p>	<p>132,60</p>

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 de

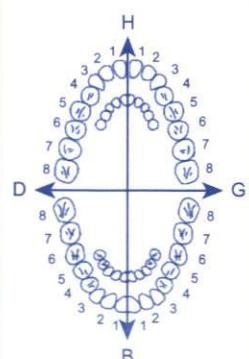
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
D.D.F.		DETERMINATION DU COEFFICIENT		

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D —————	C
00000000	00000000
35533411	11433553
	B

[Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



الزيراوي
ZIRAOUI

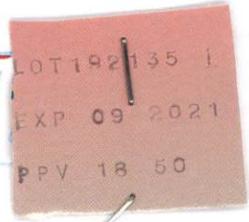
le ١٤-٥-٢٢٩

T A B C U T I N V L H A D D U - J

0000

181

18,50 S. Super Hwy



$$N \leftarrow 2^{\lceil \frac{m}{2} \rceil}$$

90,70

1

~~Haband c. 1970~~

6 118001 070442
Laboratoires Sothema Bouskoura
Opantanol 0,1% collyre, 5 ml
A.D.S.P. Maroc N° 1458/DMP/21/NPP
PPV : 90,70 DHS 407252

30,10

1

maximal



Polyclinique CNSS Ziraoui-Adresse BD.Ziraoui Bourgogne - Casablanca

Tél. n° : 05 22 20 38 56/57/59/60 - Fax n° : 05 22 22 29 91

نظارات أبو العز
OPTIQUE ABOULIZ

OPTICIEN AGREED

40, Rue Allal Ben Abdellah
CASABLANCA - Tél. : 05 22 27 72 00

Casablanca, le

14/02/20

Facture pour
M^{me} TABCHIR,
Khaddour

Ordonnance de Mr. le Docteur BEN SOUNDA KORATCHI Omar

N° de nomenclature correspondants
à la prescription médicale

	V.L.	V.P.	D.F.
O.D.	/	/	428
O.G.			431

Prescription { O.D. = AXE CYL SPH +1,00 ADD +2,75
O.G. = AXE 115° CYL 025 SPH +0,25 ADD +2,75

FOURNITURES :	P.U.	P.T.
1 Montures		110,00
2 Verres V.L. PROGRESSIFS TRANSITION GRIS 15	230,00	460,00
Verres V.P. GPL BOURGEOIS ANTI REFLET MONTAGE NYLOR		
	T.T.C. Total (en DH)	590,00

Arrêtée la présente Facture à la somme de

Cinq mille sept Cent dirhams



وصفة

ORDONNANCE

le 14.02.2020.

Tarbiyah Almadani

W84-/-K mes ④ ventres

UL ④ 08

UL. 05. ④ 1,50

Oc: ④ 0,25' (0,25' à 115°)

UL. 05: add ④ 2,75'

ملاحظات العين

نظارات ابوالعزيز
OPTIQUE A. ABOULIZ
40, Rue Allal Ben Abdellah
CASABLANCA - Tel. 27-72-00

~~DR BENSOUDA KORAISSI DR.
OPHTHALMOLOGUE VACATAIRE
POLYCLINIQUE CNSS ZIRAOUI
ICEN: 0018001/001
INPEN: 0910202/001~~

POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOUI

Boulevard ZIRAOUI 20000 CASABLANCA

Tel: 0522-203856/57/59/60 Fax: 0522-22-29-91

RINPE: 090001553 ICE: 001757364000080 IF: 1602058

N° IRR: 702754

N° SE/OUR:

200006223

FACTURE N° 2002001972

DATE D'ENTREE: 14/02/2020

DATE DE SORTIE:

14/02/2020

ASSURE:

MALADE: TABCHIR,Khaddouj

UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI

NOM JEUNE FILLE:

N° INNAT 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

ACTES COTES EN C

CONSULTATION DE SPECIALISTE	Cs	1 00	150.00	150.00					0.00	150.00
-----------------------------	----	------	--------	--------	--	--	--	--	------	--------

Intervenant: 10546 DR BENSOUDA KORAICHI OMAR OPHTALMOLOGIE	TOTAUX:	150.00							150.00
--	---------	--------	--	--	--	--	--	--	--------

Arretéen la présente facture à la somme de

CENT CINQUANTE DHS

PLAFOND PC

REVISÉ

0.00

REGLE

150.00

ACOMPTE

AVOIR

RESTE DU

0.00

DATE FACTURE: 14/02/2020

EDITEE LE: 14/02/2020 PAR: LANSAR

ACCIDENT DE TRAVAIL:

DATE AT:

VISA:

N° DE POLICE

Reglement à effectuer à l'ordre de
BANQUE

POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOUI
B.M.C.E - MED SEDKI - CASABLANCA
011 780 00 00 43 210 00 60050 54

N° Compte bancaire:

