

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.

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.

Educational :

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.

Maladie :

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.

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

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 : CHOUAÏBI Houssain Date de naissance : 1953

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 : T. A. B. W. R. Age : 65

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Corrélation avec l'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) :

[Signature]

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
14/02/2020		02	150,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14/02/20	139,00
	14/02/20	5700,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

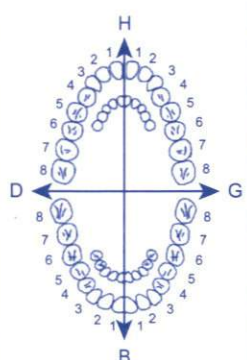
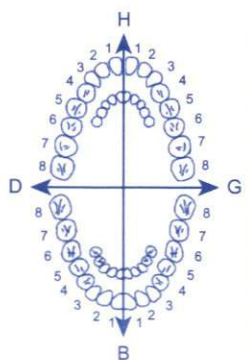
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 de

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 colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		Coefficient DES TRAVAUX
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
	[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

le 14-01-2020

Tabellenkalkulation

18.502

LOT 192135
EXP 09 2021
PPV 18 50



118001 070442

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

407252

6 118001 070404
Laboratoires Sotheima Bousoura
Mavilorol pommade ophtal. : 3,5 g
A.D.S.P. Maroc N° 14/DMP/21/N
PPV : 22.40 DHS

406803

Bourgogne - Casablanca

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

OPTICIEN AGREE

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

Casablanca, le

Casablanca, le 14/02/20

Facture pour

M^{me} TABCHIR
Khadrou

Ordonnance de Mr. le Docteur BENSOUDA KORAICHI Amar

N° de nomenclature correspondants
à la prescription médicale

V.L.

V.P.

D.F.

└ O.D.

U.O.G.

428

43.1

Prescription { O.D. = AXE CYL SPH +1.00 ADD +2.75
O.G. = AXE 115° CYL 0.25 SPH +0.25 ADD +2.75

{ O.D. = AXE CYL SPH +1.00 ADD +2.75
O.G. = AXE 115° CYL 0.25 SPH 0.25 ADD +2.75

FOURNITURES :

P.U.

P.T.

1 Montures		1100,00
2 Verres V.L. PROGRESSIFS	2300,00	4600,00
TRANSITION GRIS 15		

Verres V.P. GPL BOURGEOIS

ANTI REFLET
MONTAGE NYLON

T.T.C. Total (en DH)	5700,00
-------------------------	---------

Arrêtée la présente Facture à la somme de Cinq
mille Sept Cent dix-hams

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

R.C : 111424 - I.N.F : 812057- N° CNSS : 107338412- I.C.E : 001793313000039

PATENTE : N°- 33100505



وصفة
ORDONNANCE



le 14/02/2020

TABCHER Mhaddouj

Prescripteur : M. Mhaddouj

UL @ 08

UL @ 05

05 @ 0,25' (0,25' à 1,25')

UL @ 05 : 1,25 @ 2,75'

نظارات أبو العز
OPTIQUE A. ABOULIZ
40, Rue Allal Ben Abdellah
CASABLANCA - Tél. 27-72-00

DR. BENSOUDA KORAICHI OMA
OPHTALMOLOGUE VACATAIRE
POLYCLINIQUE CNSS ZIRAOU
ICE N° 09100070000
INPE N° 09100070000

POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOU

Boulevard ZIRAOU 20000 CASABLANCA

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

INPE: 090001553 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° RP

702754

N° SEJOUR

200036223

FACTURE N° 2002001972

DATE D'ENTREE

14/02/2020

DATE DE SORTIE

14/02/2020

ASSURE

DESTINATAIRE

MALADE TABCHIR, Khaddouj

UI 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI

TABCHIR, Khaddouj

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	NOMBRE	PRIX
CLE	x COEF	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

Arrêter la présente facture à la somme de

CENT CINQUANTE DHS

PLAFOND PC

ACOMPTE

REVERSE

0.00

REGLE

150.00

AVOIR

RESTE DU

0.00

DATE FACTURE 14/02/2020

EDITEE LE 14/02/2020

PAR LANSAR

ACCIDENT DE TRAVAIL

VISA

N° DE POLICE

DATE AT

Règlement à effectuer à l'ordre de

POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOU

BANQUE

B.M.C.E - MED SEDKI - CASABLANCA

N° compte bancaire

011 780 00 00 43 210 00 60050 54

