

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule :

1428

Société :

AG5344

Actif

Pensionné[e]

Autre :

Nom & Prénom :

RATHMOUNE

Date de naissance :

26/06/1952

Adresse :

2 m 29 apt 4.2^e étage. NOUCELIFARNA

Tél. :

0660168100

Total des frais engagés :

X 276,50 DH

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 : Signature : S. M. C. A.

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 : CASABLANCA Le : 06/03/2021

Signature de l'adhérent[e] : A. A. A.

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
05/02/2024	Contrôle peste - épizootie		Contrôle gratuit.	Dr BOUZIANE Soukaina Ophtalmoplogiste 548 Bd 2 Mars, Haddaouia 2 Ain chokh Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou qui fournit	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE BARRA Lot 14 Avenue Rue 2 N°20 - Oasis Casablanca Tél: 0522 98 19 09	5/12/2024	PHARMACIE BARRA Lot 14 Avenue Rue 2 N°20 - Oasis Casablanca Tél: 0522 98 19 09

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
		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 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
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE CASABLANCA

مصحة النور للعيون الدار البيضاء



• CNOC •

05/02/2024

Lx

28,60

Mme Rahmae Famille.

S.V

① Chibrocadiam collyre

1g x 6 fl j pdt f j

puis 1g x 4 fl j pdt f j

puis 1g x 3 fl j pdt f j

puis 1g x 2 fl j pdt f j

10

S.V

② Phytium 1 fl x 2 fl j

pdt f j

③ Iain collyre 1g x 4 fl j

④ Iab collyre 1g x 2 fl j

⑤ Megaflood cp 500 mg 1cp x 2 fl j

⑥ Dénouent oculaire à Jor 2 fl j

⑦ Chapt matin pdt f j

⑧ Dr BOUZIANE Soukaina
Ophtalmologiste
Dr BOUZIANE Soukaina
Ophtalmologiste

INPE 0900009141
N° 20 Oasis
Hassan II
Rue 3 Casablanca
Tel: 0522 98 19 09
cliniquenour01@gmail.com
40143077 - ت: 34751148 - البريد الإلكتروني: 090060914 - الهاتف: 05 22 23 49 87

ر. 34751148 - البريد الإلكتروني: 090060914 - الهاتف: 05 22 23 49 87
صورة: 8282733 - رقم: 8282733 - تاريخ: 40143077 - ت: 34751148 - البريد الإلكتروني: 090060914 - الهاتف: 05 22 23 49 87

AttijariWafaBank / Agence AY Mars - RIB : 007 780 000122700000605 67

28, Angle Rue des Palmiers et Route des Facultés,
Oasis - Casablanca - Tél: 05 22 23 49 87 - G. Fax : 05 22 23 49 87

E-mail : cliniquenour01@gmail.com

INPE : 0900009141 - Date : 04/02/2024 - I.G. : 4751148 - I.F. : 40143077

CNSS : 8282733 - I.C.E : 002732953000058

AttijariWafaBank / Agence AY Mars - RIB :

007 780 000122700000605 67

