

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.

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

M23- N° 0040231

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1428 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : RUMOUNE Jamila
Date de naissance : 20/06/1952
Adresse : 2m 29 Apt 4. 2ème étage. NORD CALIFORNIA
Tél. : 0660168100 Total des frais engagés : 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 :

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 : CAS A Le : 06 / 08 / 2024

Signature de l'adhérent(e) :

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
05/02/2024	Contrôle post-opératoire		Contrôle gratuit	Dr BOUZIANE Soukaina Ophtalmologiste 348 Bd. 2 Mars, Haddaouia 2 Ain chock Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE BARRA Lot 17, Avenue Rue 2, N° 23 - Oasis Casablanca Tél: 0522 98 19 09	5/12/24	27650 PHARMACIE BARRA Lot 17, Avenue Rue 2, N° 23 - Oasis Casablanca Tél: 0522 98 19 09

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

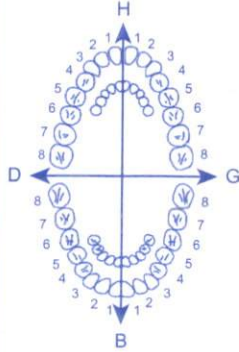
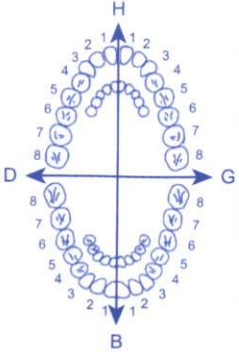
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
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>D</td> <td>G</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> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																

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

Cx

88.60

Mme Rahmane famille.



① Eubrocadram collyre

1g x 6 / j pld 7

pus 1g x 4 / j pld 7

pus 1g x 3 / j pld 7

pus 1g x 2 / j pld 10



② Phylcon 1g x 2 / j pld 10

③ Iain collyre 1g x 4 / j pld 10

④ Iubocollyre 1g x 2 / j pld 2

⑤ Megaflox cp 500mg 1cp x 2 / j pld 5

⑥ Isomucet oculaire à charger

⑦ chapeau matin pld 7

⑧ 1000mg

⑨ 2000mg

⑩ 1000mg

⑪ 1000mg

⑫ 1000mg

28, Angle Rue des Palmiers et Route des Facultés,

Oasis - Casablanca • Tél.: 05 22 23 49 87 • Fax : 05 22 23 49 87

E-mail : clinique.nour01@gmail.com

INPE : 03006624 • Patente : 34751148 • I.F. : 40143077

CNSS : 8282733 • I.C.E. : 062782963000058

AttijariWafaBank - Agence W. 2 Mars - RIB :

007 780 00012270000000605 67



INPE 090000914

tel: 0522 98 19 09

cliniquenour01@gmail.com

40143077 • 34751148 • 090060914 • 8282733

صوفج : 8282733 • م.جش : 002209107000090

التعريف البنك :

HER MEDIC
PPC
104.00 DHS
chaque fois
il est irri

PPV: 14DH00
PER: 01/26
LOT: M246

PPV: 14DH00
PER: 06/26
LOT: M2192

7480

INDOCOLLYRE 0,1%
Collyre 5ml
ZENITH PHARMA
AMM N°155/19/DMP/21/NRQDNM
6118001270088
LOT/ رقم الدفعة
FAB/ تاريخ الإنتاج
EXP/ تاريخ الانتهاء
H9648
07-2023
10-2024
PPV : 58,00 DHS
86671

PPV: 27DH50
Exp: 07/25
Fab: 07/23
Lot: A0404
Icin®
إيسين®

CHIBRO-CADRON
Collyre - Flacon 5 ml - PPV : 28,60 DH
6118001071425
Distribué par les
Laboratoires SOTHEMA
B.P. N°127182
Boulevard - MAROC