

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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

éducation :

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.

ntaire :

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 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 caractéristiques personnelles.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2105 Société : RAD

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AKKARI Ahmed

Date de naissance : 1951

Adresse : Résidence "Diane California" 10 étages

El Jadida 4pt N°2

Tél. : 06.61.09.38.46 Total des frais engagés : 924 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13.06.2020

Nom et prénom du malade : AKKARI Ahmed Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Affection oculaire

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 24.06.2020

N. Yousfi

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
13.02.2015	Antécédents	1	1500 Dh	CEPTACHT D'OPHTALMO 25, Route de la Profession, 40000 Casablanca
	Par ultrason ABD	1	1500 Dh	
	Echographie	3	3000 Dh	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
	13/02/2020	3.846,00

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 canalaire, ainsi que le bilan de

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
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

MYDRIATICUM 0,5%
Collyre - Flacon 10 ml - PPV : 25,90 DH
Non remboursable AMO

6 118001 070428

A.M.M. Maroc N° 19 DMP/21/NTT
Distribué par les Laboratoires SOTHEMA
B.P. N°1 Bouskoura - 27182 - MAROC



CELLUVISC® 4mg/0.4ml
Collyre en récipient unidose

6 118001 030095

PPV:44DH40
Distribué par les laboratoires AFRIC-PHAR

le jeudi 13 février 2020

CHIBROXINE 0,3%
COLLYRE Flacon 5ml - PPV : 40,30 DH
AMM MAROC N°34 DMP/21/NCV
6 118001 070817
Distribué par les Laboratoires SOTHEMA
B.P. N°1 Bouskoura - 27182 - MAROC

Monsieur Ahmed AKKARI

CHIBRO-CADRON
Collyre - Flacon 5 ml - PPV : 29,40 DH
AMM. Maroc
N° 116 DMP/21/NCV
Distribué par les
Laboratoires SOTHEMA
B.P. N°1, 27182
Bouskoura - MAROC

CHIBRO-CADRON
Collyre - Flacon 5 ml - PPV : 29,40 DH
AMM. Maroc
N° 116 DMP/21/NCV
Distribué par les
Laboratoires SOTHEMA
B.P. N°1, 27182
Bouskoura - MAROC

A instiller dans l'œil opéré: DROIT

- Chibrocadron collyre : 1 goutte 3 fois par jour pendant 20 jours
- Chibroxine , collyre : 1 goutte 4 fois par jour pendant 10 jours
- Mydriaticum : 1 goutte 2 fois par jour pendant 10 jours
- Celluvisc : Une goutte 4 fois par jour pendant 1 mois.

+Compresses stériles

+Rondelles oculaires stérifil

+Xailin Wash(sérum physiologique unidose) : un lavage avant chaque instillation de gouttes

- > Attention! Ne pas manger ne pas boire et ne pas fumer avant l'intervention chirurgicale
- > Prendre un bain la veille de l'intervention

RENDEZ VOUS de l'intervention le 18 /02 /2020 à 7h à la clinique NOUR de Casablanca

En cas d'urgence (douleur, baisse de la vue ou rougeur), veuillez contacter

- > 7h-19h: 0522234989
- >19h-7h : 0673630775//0623247489

Dr. ZIDI Mohamed
Ophtalmologiste
25, Route des Facultés RA
Lot gnymer Oasis Casablanca

PHARMACIE JNANE CALIFORNIE
Dr. FALAH YOUSSEF
10 RUE TADDAR Rés LINA
JNANE CALIFORNIE AN CHOQ
Tél : 05 22 22 87 11 12 CASA

25, Route des Facultés (ex. Route El Jadida)

Lotissement Gnymer, Oasis - Casablanca

Tél.: 05 22 23 49 89 LG - Fax : 05 22 23 49 87

E-mail : cliniquenour01@gmail.com - INPE : 090060914

Patente : 36350533 - I.F. : 40143077 - CNSS : 8282733

I.C.E. : 001685652000087

AttiaiWafaBank : Agence Avenue 2 Mars - BIB: 007 780 000122700000605 67 - التحويلة : 2 مارس - مكالمات : 2 مارس



INPE 090060914

25. طريق الجامعات (طريق الجديدة سابقا)
تجزئة كنيمر-الوازيس - الدار البيضاء
الهاتف : 05 22 23 49 87 - 05 22 23 49 89 LG - الفاكس : 090060914 - cliniquenour01@gmail.com
البريد الإلكتروني : cliniquenour01@gmail.com - روممص : 8282733 - صورج : 36350533 - تج : 40143077
الباتننا : 001685652000087 - م.م.ش : 001685652000087



le jeudi 13 février 2020

NOTE D'HONORAIRES

A l'honneur de présenter à Monsieur AKKARI Ahmed.

Honoraire medecin **150** Dhs
CENT CINQUANTE (DIRHAMS)

Frais clinique ECG **150** Dhs
CENT CINQUANTE (DIRHAMS)

et le prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués.

Cachet et signature



CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE



مصححة النور للهبيون

le jeudi 13 février 2020

Monsieur AKKARI Ahmed a bénéficié d'une échographie oculaire dont le montant s'élève à trois cents dirhams (300 DHS)

Dr. ZIDI Mohamed
Ophtalmologiste
25 Route des Facultés
Ouled Djellal
Bab Ezzouar
Algiers

25, Route des Facultés (ex. Route El Jadida)
Lotissement Gaymer, Oasis - Casablanca

Tél : 05 22 23 49 89 | G. - Fax : 05 22 23 49 87

E-mail : cliniquepour01@gmail.com - INRS : 08

E-mail : cliniquehouari@gmail.com - INPE : 090000914

Patente: 30350533 - I.P.:

الهاتف: 05 22 23 49 89 - الفاكس: 05 22 23 49 87

25 ، طريق الجامعات (طريق الجديدة سابع
تجزئة كنيمر-الوازيس - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 23 49 87 - الفاكس : 05 22 23 49 89 LG

البريد الإلكتروني : cliniquenour01@gmail.com - روم مصر

الباتنتا : 36350533 - تج : 77

العنوان: 200012270000060567 - التصنيف: التكنولوجيا - وكالة بنوك و مصارف - العنوان: Agence Avenue 2 Mars - BIB: 007 780 00012270000060567 - I.C.E.: 00168552000087