

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.

Diagnostique 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.

Prothèse 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 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



Déclaration de Maladie

N° P19- 0044462

ND: 30055

☐ 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 : Residence "Oasis Casablanca" 10 km
Durant le 1er N°2
Tél. : 06 61 09 38 46 Total des frais engagés : 924 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : [Stamp: OZIDI Mohamed, 25, Route de l'Horloge, Casablanca, Tél: 05 22 23 43 43]
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 :

Le : 24/06/2020

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
13/02/2020	Amplification	1	150dh	
	Amplification	1	150dh	
	Echographie	3	300dh	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
	13/02/2020	3246dh

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 :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, 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>D 00000000</td> <td>G 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 00000000	G 00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D 00000000	G 00000000														
	35533411	11433553														
	B															
	(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

CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE



مصحة النور للعيون

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



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

CELLUVISC® 4mg/0.4ml



PPV:44DH40
Distribué par les laboratoires AFRIC-PHAR

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

le jeudi 13 février 2020

Monsieur Ahmed AKKARI

CHIBROXINE 0,3%
COLLYRE Flacon 5ml - PPV : 40,30 DH



AMM MAROC N°34 DMP/21/NCI
Distribué par les Laboratoires SOTHEMA
B.P. N°1 Bouskoura - 27182 - 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.

- sterdex pomade: 1 application le soir pendant 3 jours

+ Compresses steriles

+ Rondelles oculaires stéril

+ 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 Pte TADDAR RÉS LINA
JNANE CALIFORNIE AIN CHOQ
Tél: 05 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

AttijariWafaBank : Agence Avenue 2 Mars - BIR : 007 780 0001227000000605 67

25, طريق الجامعات (طريق الجديدة سابقا)

تجزئة كنيمر- الوازيس - الدار البيضاء

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

البريد الإلكتروني : cliniquenour01@gmail.com - رقم م.ص : 090060914

البيان : 36350533 - تج : 40143077 - ص.وض.ج : 8282733

م.م.ش : 001685652000087

التجارة : وفاقا بنوكالة م.ص 2 مارس - تعريف بالبنك : 007 780 0001227000000605 67

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
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
AttijariWafaBank : Agence Avenue 2 Mars - RIB : 007 780 0001227000000605 67



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

AttijariWafaBank : Agence Avenue 2 Mars - RIB : 007 780 0001227000000605 67

25, طريق الجامعات (طريق الجديدة سابقا)

تجزئة كنيمر-الوازييس - الدار البيضاء

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

البريد الإلكتروني : cliniquenour01@gmail.com - روم م ص : 090060914

الباتنتا : 36350533 - تج : 40143077 - ص وض ج : 8282733

م.م.ش : 001685652000087

التجاري وفا بنك : وكالة محج 2 مارس - التعريف البنكي : 007 780 0001227000000605 67

le jeudi 13 février 2020

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

Dr. ZIDI Mohamed
Ophtalmologiste
25, Route des Facultés WL
Lotissement Gnymer Oasis Casablanca

