

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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.

tique :

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

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.

Matricule : 3466 Société : RETRAITE

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 060563756

Total des frais engagés : Dhs

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : LAGBOURI MHAMED Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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) :



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
12 et 13/01/2015	Prise de température	1	1500 DT	DR. ABDERRAHMANE
CLINIQUE 2015	Prise de température	1	1500 DT	
CLINIQUE 2015	Prise de température	1	3000 DT	CLINIQUE 2015

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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 canalaires, ainsi que le bilan d

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			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	[Création, remont, adjonction]			MONTANTS DES SOINS
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Omar BENNIS
Spécialiste des Maladies et de la Chirurgie des Yeux

الدكتور عمر بنيس
اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

Diplômé de la Faculté de Médecine de Casablanca
Ex.Praticien à l'Hôpital 20 Août Casablanca

خريج كلية الطب بالدار البيضاء
طبيب سابق بمستشفى 20 غشت بالدار البيضاء

Chirurgie de la Cataracte
OCT - Laser - Angiographie

جراحة العين البيضاء ،
التصوير المقطعي - الليزر - انгиوغراف

INPE :



091163675

Casablanca, le

le mardi 12 janvier 2021

DEMANDE DE CPA + IOLMASTER

Nom du patient : Monsieur LAGBOURI Mhamed

Nature de l' Acte : Chirurgie de cataracte (Phaco) OD

ATCD :

- Diabète type 2 sous ADO depuis 2012

Omar BENNIS
Ophtalmologiste
N° 836, Av. Aba Chouaib Doukkali Drissia
2ème Etage - Casablanca
Tél.: 05 22 281 541 - 060 63 84 201

CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE



مصحة النور
لعيون

le mardi 12 janvier 2021

NOTE D'HONORAIRES

A l'honneur de présenter à Monsieur LAGBOURI Mhamed,

Frais clinique IOL MASTER 300 Dhs
TROIS CENT (DIRHAMS)

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

Cachet et signature



25, Route des Facultés (ex. Route El Jadida)
Lottissement 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 - التعرف البنكي : 001685652000087



INPE 090060914

25 ، طريق الجامعات (طريق الجديدة سابقا)
تجزئة كنيمر-الوازيس - الدار البيضاء
الهاتف : 05 22 23 49 87 - الفاكس :

05 22 23 49 89 LG - البريد الإلكتروني : cliniquenour01@gmail.com - روممص :

090060914 - البريد الإلكتروني : 36350533 - تج : 40143077 - صوضج :

8282733 - م.م.ش : 001685652000087

التجاري وafa بنك: وكالة محج 2 مارس - التعرف البنكي :

CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE



مصحة النور
لعيون

le mardi 12 janvier 2021

NOTE D'HONORAIRES

A l'honneur de présenter à Monsieur LAGBOURI Mhamed.

Honoraire medecin 150 Dhs
 CENT CINQUANTE (DIRHAMS)

Frais clinique 150 Dhs
 CENT CINQUANTE (DIRHAMS)

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

Cachet et signature



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

ANB : Agence Avenue 2 Mars - RIB : 007 780 000122700000605 67 التغاري وفا بنك: وكالة محج 2 مارس - التعريف البنكي :



INPE 090060914

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