

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.

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 tous les 6 mois.



Déclaration de Maladie

N° W19-584848

Optique Autres 60525

Maladie Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0592

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

HAJJOU Ahmed

Date de naissance :

11 mars 1946

Adresse :

Rue Jules Gues Cité Calima Bloc 4 n°6

Tél. : 0662 88 43 83

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Hajjou Ahmed

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Cataracte

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 : Casab

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Le : 10 Mars 2001

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 Adhésion et changement de statut : adhension@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.

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
19-11-20	C1 + C2	Gretak	INP : B/9112391661V	
12-11-22	Révision	CS 18600		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE NOUR KABBAJ Soumia 10B Angle av. 5 et Bd Mansour Bd. Sidi Abderrahmane - Casablanca Tél : 05 22 36 89 11	18-11-20	611 1402

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	DEBUT D'EXECUTION [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	FIN D'EXECUTION [REDACTED]
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		H [REDACTED] G [REDACTED]	COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
[REDACTED]	H 25533412 21433552 00000000 00000000		B 35533411 11433553 00000000 00000000	MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
[REDACTED]	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession		[REDACTED]	DATE DU DEVIS [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]		[REDACTED]	DATE DE L'EXECUTION [REDACTED]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE



مصحة النور
لعيون

le mardi 12 janvier 2021

Monsieur Ahmed HAJJOU

DANS Oeil GAUCHE

- Celluvisc 1 goutte 4 fois par jour pendant 1 mois
- CHIBRO-CADRON COLLYRE à ne pas renouveler sans avis médical : 1 goutte x 3/j pendant 5 jours
 - puis 1 goutte x 2/j pendant 5 jours
 - puis puis 1 goutte / j pendant 5 jours
 - puis arrêt



CLINIQUE NOUR
KADEB AJ Somia
MB Agdal - Casablanca
El Mansour
P.M. Sidi Abdellah
Casablanca
Tél: 0522 23 49 89 LG Fax: 0522 23 49 87

44.40

25, Route des Facultés (ex. Route El Jadida)
ex. Route El Jadida - 25, Route des Facultés (ex. Route El Jadida)
D'OPHTALMOLOGIE
CLINIQUE NOUR

Dr BOUKHRISSA Mouria
25, Route des Facultés (ex. Route El Jadida)
ex. Route El Jadida - 25, Route des Facultés (ex. Route El Jadida)
D'OPHTALMOLOGIE
CLINIQUE NOUR

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 000122700000605 67



INPE 090060914

25 ، طريق الجامعات (طريق الجديدة سابقا)
تجزئة كنیمر- الوازیس - الدار البيضاء

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

البريد الإلكتروني : cliniquenour01@gmail.com - روممص : 090060914

الباتننا : 36350533 - تج : 40143077 - صوضج : 8282733

م.م.ش : 001685652000087

CLINIQUE NOUR D'OPHTHALMOLOGIE



مصحة النور للحالات العينية

le mardi 12 janvier 2021

NOTE D'HONORAIRES

A l'honneur de présenter à Monsieur HAJJOU Ahmed,

Frais medecin 150 Dhs
 CENT CINQUANTE (DIRHAMS)

Frais clinique 150 Dhs
 CENT CINQUANTE (DIRHAMS)

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



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 000122700000605 67



INPE 090060914

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