

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.

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- 047686

64408

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2481 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraitee

Nom & Prénom : M^{me} ISAAD NAJIA

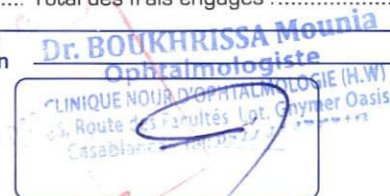
Date de naissance : 01/05/1957

Adresse : Rue 6, N°72, Hay Attadamoum - CHERAM
ELBOULFA - CASABLANCA

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : ISAAD NAJIA 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 : / /

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
11.02.2021		6	440,8	Dr. Boukhrissa Mounia Dentiste 140 Lot Smiraida Casablanca Tél: 05 22 65 20 07

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

11.02.21 440,8

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

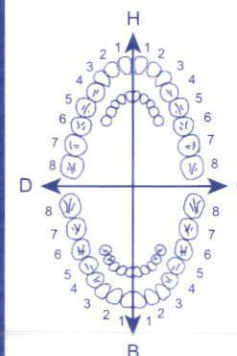
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'occlusion.

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 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

(Création, remont, adjonction)

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

CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE



مصحة النور
للعيون

le jeudi 11 février 2021

Madame Najia ISAAD

CHIBRO-CADRON
Collyre-Flacon 5 ml
PPV 28.60 DH
A.M.M. 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 28.60 DH
A.M.M. Maroc N°116 DMP / 21/NCV
Distribué par les laboratoires SOTHEMA
B.P.N° 1, 27182 Bouskoura-MAROC

6 118001 071425

CHIBRO-CADRON
Collyre-Flacon 5 ml
PPV 28.60 DH
A.M.M. Maroc N°116 DMP / 21/NCV
Distribué par les laboratoires SOTHEMA
B.P.N° 1, 27182 Bouskoura-MAROC

6 118001 071425

CHIBRO-CADRON
Collyre-Flacon 5 ml
PPV 28.60 DH
A.M.M. Maroc N°116 DMP / 21/NCV
Distribué par les laboratoires SOTHEMA
B.P.N° 1, 27182 Bouskoura-MAROC

6 118001 071425

TOBRADEX®
POMMADE OPHTALMIQUE
3.5G
Boîte de 1 tube PPV: 54,40 DHS
Laboratoires SotHEMA, Bouskoura
AMM N° 455/18 DMP / 21/ NRQ

6 118001 070602
69020-4

Azyter 15 mg/g
Collyre, B/Flacons unitaires
PPV: 76,20 DH

6 118001 101801
Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri, Casablanca
Pharmacie responsable : Amina DAOUDI

6 118001 102495
ZALERG 0,25 mg/ml
Collyre 5 ml - PPV: 75,70 DH

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,
Casablanca - Pharmacie Responsable : Amina DAOUDI

6 118001 102495
ZALERG 0,25 mg/ml
Collyre 5 ml - PPV: 75,70 DH

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,
Casablanca - Pharmacie Responsable : Amina DAOUDI

DANS L'OEIL DROIT

- CHIBRO-CADRON COLLYRE à ne pas renouveler sans avis médical :
1 goutte x 6/j pendant 5 jours
puis 1 goutte x 4/j pendant 5 jours
puis 1 goutte x 3/j pendant 5 jours
puis 1 goutte x 2/j pendant 5 jours
puis 1 goutte / j pendant 5 jours
puis arrêt

- Tobradex pommade : à ne pas renouveler sans avis médical 1 application le soir pendant 1 semaine

DANS LES DEUX YEUX

- Azyter collyre : 1 goutte 2 fois par jour pendant 3 jours

- Celluvisc : 1 goutte 4 fois par jour pendant 1 mois

- Zalerg : 1 goutte 2 fois par jour au niveau des 2 yeux pendant 1

Dr. BOUKHRISSA Mounia
Ophtalmologiste
CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE (H.W.)
45, Route des Facultés Lot Gnymer Oasis
Casablanca - Tél: 05 22 23 49 89 LG

PHARMACIE SARANAZ
S.A.R.L.-U
140 Lot Smirada Lissasfa
Casablanca
Tél/Fax: 05 22 65 20 07

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 - رقم م.ص : 090060914

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

م.م.ش : 001685652000087

التجارة : بنك وفاقية 2 مارس - التعريف البنكي : 007 780 0001227000000605 67