

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OPTIVER 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.

Biologie 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.

Education :

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.

Orthopédie :

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 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

Nº M21- 0011406

79362

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2816 Société : Royal air maroc

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : AYLA HABIBA

Date de naissance : 20-04-1962

Adresse : pôle urbain zone économique lot B n 176
à nouzefat

Tél. : 06.09.49.26.14 Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 18/05/201

Nom et prénom du malade : AYLA HABIBA Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : AYLA HABIBA

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 : Casablanca Le : 18 Mai 2011

Signature de l'adhérent(e) : AYLA HABIBA



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
18/05/2021	Actes	62 + CS	R 300 DT	Dr. ZID NIJAR Constituot 25. Route des Faculté Université Orléans

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie Mme BOURGEOIS 25- Rue de la place 78100 Date : 18/05/2021	18/05/2021	166,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

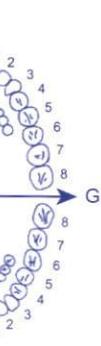
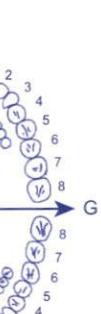
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 de l'ostéodensitométrie.

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	G 21433552 00000000	B 00000000 35533411	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	D 00000000		00000000 11433553	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'EXÉCUTION

CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE



مصحة النور للعيون

le mardi 18 mai 2021

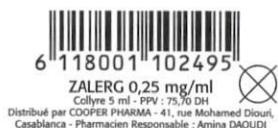
Madame Habiba AYLA

SV

Dans les 2 yeux:

75,10

zalerg collyre
1 goutte 2 fois par jour pendant 2 mois



89,00

Vision lux
1 goutte 3 fois par jour pendant 2 mois

SV

89,00

164,92
Pharmacie Karganier
Mme S.G. M. M. Mounia
EB 25, Route des Facultés 117
Casablanca Tel: 05 22 53 96 93

Dr. ZIDI Mohamed
Ophtalmologisie
25, Route des Facultés 117
Lycée des Sciences et Techniques

CLINIQUE NOUR
D'OPHTALMOLOGIE
25, Route J'El Jadida Oued Catabla 10
(ex Route 13 49 89 LG) Tel: 0522 73 49 87

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 : 8282735

I.C.E. : 001685652000087

Attiai Wafa Bank : Agence Avenue 2 Mars - RIB : 007 780 000122700000605 67 التعرف البنكي : 001685652000087



INPE 090060914

25 ، طريق الجامعات (طريق الجديدة سابقا)
تجربة كنمير-الوازيس - الدار البيضاء

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

090060914 - البريد الإلكتروني : 090060914@ gmail.com - رومحص :

36350533 - الباتننا : 40143077 - تج : 8282733 - ص وضج :

001685652000087 - م.م.ش :

وكالة مجمع 2 مارس - التعريف البنكي : 001685652000087



PHARMACIE L'ARGANIER

EB,253 POLE URBAIN DE NOUACEUR Z.E

Docteur en pharmacie
DR MOUNIA ECH-CHANNA

R.C :377228 Patente:32001810
T.V.A : C.N.S.S:9209679
Banque:BP: 190780212118795764003583
Tél :0522539693

Le 18/05/2021

FACTURE N°27956

N° ICE : 000427065000023

N° IF : 40275981

MME HABIBA AYLA

ICE N°:

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
1	ZALERG	75,70	75,70	4,95	7,00
1	VISIONLUX 10ML	89,00	89,00	14,83	20,00

TOTAL T.T.C : 164,70

Nbr Articles	TVA 7% Base :	75,70	Montant :	4,95	TVA 20% Base :	89,00	Montant	14,83
--------------	---------------	-------	-----------	------	----------------	-------	---------	-------

Arrêté la présente facture à la somme de :
Cent Soixante Quatre Dirhams et 70 centimes.

Pharmacie l'arganier
Mme ECH CHANNA Mounia
EB 253 POLE URBAIN DE NOUACEUR Z.E
Casablanca Tel: 0522539693

CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE



مصحة النور للعيون

le mardi 18 mai 2021

Madame AYLA Habiba a subi une consultation ophtalmologique avec FO à la clinique Nour d'ophtalmologie dont le montant s'élève à trois cents dirhams(300HDS)



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 : 8282735

I.C.E. : 001685652000087

AttijariWafaBank : Agence Avenue 2 Mars - RIB : 007 780 000122700000605 67 التجريفي البنكي : وكالة محج 2 مارس - التعريف البنكي :



INPE 090060914

25 ، طريق الجامعات (طريق الجديدة سابقا) تجزئة كتيمير-الوازيس - الدار البيضاء

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

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

الباتننا : 36350533 - تج : 40143077 - ص وضج : 8282733

م.م.ش : 001685652000087