

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.

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.

Ordonnance :

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.

Prothèse :

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° M21-0030523

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1735 Société : R.A.N.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ANRANI Boucharb
Date de naissance : 02/10/1951
Adresse : 35, Rue de Saigon Orfèda
Tél. : 06-66-19-86-24 Total des frais engagés : 513,9 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : / /
Nom et prénom du malade : ABDELLAOUI TOURMA 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 : Casa Le : 16/06/2021
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
18/06/21	C8	2	300,24	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/06/2021	213,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

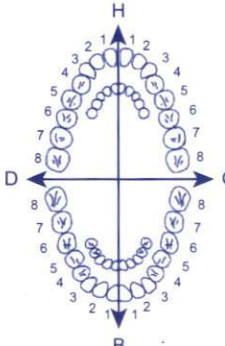
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez 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
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

16 juin 2021

Mme ABDELLAOUI Touria

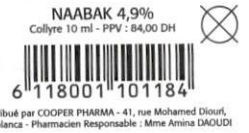
1 29,90 **OCULARM 0,15% COLLYRE 10 ML**

1 goutte 3 à 5 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 3 Mois



84,00 **NAABAK COLLYRE CL**

1 goutte 2 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 2 Mois



213,90

CLINIQUE NOUR
D'OPHTALMOLOGIE
25, Route des Facultés N.S.
(ex. Route d'El Jadida) Oasis, Casablanca
Tél: 05 22 23 49 89 LG / Fax: 05 22 23 49 87

Dr. ZIDI Monamea
Ophtalmologiste
25, Route des Facultés EN
Lot Gnymer Oasis Casablanca

STE PHARMACIE HAMZA
ANCA
Lot 6 N° 3 Lot 64
Casablanca - Tél: 0522 93 10 24

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

Attiari Wafa Fank : Agence Avenue 2 Mars - RIB : 007 780 0001227000000605 67 : التعريف البنكي : 007 780 0001227000000605 67



INPE 090060914

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 مص : 090060914

الباتنتا : 36350533 - تج : 40143077 - صوضج : 8282735

م.م.ش : 001685652000087

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

16/06/2021

Mme ABDELLAOUI Touria a subi une consultation ophtalmologique avec FO à la clinique Nour d'ophtalmologie dont le montant s'élève à 300dh (trois cent dirhams)

Dr. ZIDI Mohamed
Ophtalmologiste
25, Route des Facultés EN
Lot Gnymer Oasis - Casablanca

CLINIQUE NOUR
D'OPHTALMOLOGIE
25, Route des Facultés, N°5
Lot Gnymer Oasis - Casablanca
Tél: 05 22 23 49 89 LG / Fax: 05 22 23 49 87



INPE 090060914