

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 8371

Société : RAM 77563

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : TOUHAMI MOHAMED

Date de naissance : 12/02/1951

Adresse : RTE EL JADIDA RES RAM IHMO
APPT 602 CASA

Tél. 0661 83 44 52 Total des frais engagés : 1200 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : TOUHAMI MOHAMED

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 :

Le : / /

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
25/06/21	COUL. D'OPHTALMOLOGIE 25. Roulage de l'œil droit	1200,00		
	100% 05.22			

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important:

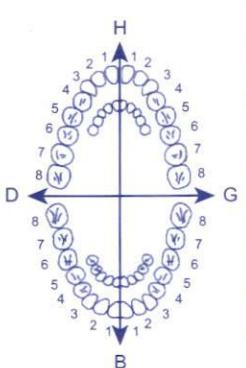
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



COMPTE RENDU : OCT MACULAIRE

PATIENT: Mr. TOUHAMI Mohamed

25/06/2021

Age : 70 ans

Oeil droit:

Dépression fovéolaire:absente

Décollement de l'EP

Décollement séreux rétinien rétro fovéolaire

Oeil gauche:

Dépression fovéolaire:absente

Décollement de l'EP

Dr. ZIDI Mohamed
Ophtalmologiste
115 Route des Facultés
Casablanca - Maroc



CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE



مصحة النور
للبصرون

F A C T U R E

N° : 3418 du 25/06/2021

Médecin traitant : DR. ZIDI Mohamed

Nom du patient	Modalité de paiement	Période hospitalisation
Mr TOUHAMI MOHAMED	PAYANT	25/06/21 - 25/06/21

Désignations des prestations	Lettres Clé	Nbre	Prix unitaire	Montant DH
FRAIS CLINIQUE OCT		1,00	800,00	800,00
			Sous/Total	800,00
			Total clinique	800,00
DR. ZIDI Mohamed (oph)	K	1,00	400,00	400,00
			Sous/Total	400,00
			Total autres prestations	400,00

Arrêtée à la somme de:
MILLE DEUX CENTS DIRHAMS

Encaissé esp. Encaissé chèque Total Solde
1 200,00 1 200,00

TOTAL GENERAL 1 200,00

CLINIQUE NOUR
D'OPHTALMOLOGIE
25, Route des Facultés N.S
(ex, Route d'EL Jadida) Oasis, Casablanca
+212 05 22 23 49 89 LG / Fax: 03 22 23 49 87

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

Agence Wafa Bank : Agence Avenue 2 Mars - RIB : 007 780 000122700000605 67 التجريف البنكي :



INPE 090060914

25، طريق الجامعات (طريق الجديدة سابقا)
تجزئة كنيمر-الوازيس - الدار البيضاء
الهاتف : 05 22 23 49 87 - 05 22 23 49 89 LG - الفاكس : 05 22 23 49 87
البريد الإلكتروني : cliniquenour01@gmail.com - روممص : 090060914 - البريد الإلكتروني : cliniquenour01@gmail.com
الباتننا : 36350533 - تج : 40143077 - صوضح : 8282733
م.م.ش : 001685652000087
التجاري وافا بنك: وكالة محج 2 مارس - التعريف البنكي :

CLINIQUE NOUR D'OPHTHALMOLOGIE



مصحة النور للعيون

NOTE D'HONORAIRES

Le : 25/06/2021

Références : 3418 / Payant
Entrée / Sortie : 25/06/2021 - 25/06/2021

Le Docteur **ZIDI Mohamed**
OPH
Patente n° :
Adresse

a l'honneur de présenter Mr **TOUHAMI MOHAMED**

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
400,00 Dhs (QUATRE CENTS DIRHAMS)

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

Cachet et signature

Dr. ZIDI Mohamed
25, Route des Facultés
Lot gnymer Oasis Casablanca

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 000122700000605 67 التعرف البنكي : وكالة محج 2 مارس



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 - رومص : 090060914

الباتننا : 36350533 - تج : 40143077 - صوضج : 8282733

م.م.ش : 001685652000087

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