

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

iologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

ladie 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 caractère personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 2371

Société : RAM.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : TOUHARI MOHAMED

Date de naissance : 12/02/1951

Adresse : RTE EL JADIDA RES RAH IMM 6

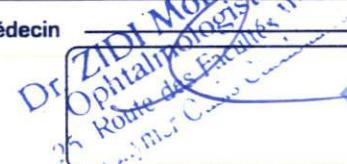
APT 602 CASA

Tél. : 0661834452 Total des frais engagés :

1200 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 02/07/2021

Nom et prénom du malade : Touhami Mohamed Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affekte Oeil

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) :

Mohamed



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MÉDICAUX

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 d

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PATIENT : Mr. TOUHAMI Mohamed
Age : 70 ans

02/07/2021

Compte rendu angiographie rétinienne:

PATIENT :Mr. TOUHAMI Mohamed

Age : 70 ans

Oeil droit et gauche :

Rétinophoto:

Papille: rose

Arbre vasculaire: respecté

Arbre vasculaire.
Macula: drusens

Après injection de la fluorescéine:

Pôle postérieur: absence d'activité néovasculaire
Périmétrie rétinienne: RAS

Dr. ZIDI Marpitt
L'Académie des Facultés EN
Polymer Design

en la ST (adida)

25. Route des Facultés (ex. Route El Jadid)

otissement Gnymer, Oasis - Casablanca

Tél : 05 22 23 49 89 LG - Fax : 05 22 23 49 87
e-mail : info@securite-91.com

E-mail : cliniquenour01@gmail.com - INPE : 090060914
Tél. : 05 22 25 18 88

E-mail : cmlmiquele@orange.fr



14256693

25- طريق الجامعات (طريق الجديدة سابقاً)
تجزئة كنمير - الوزيس - الدار البيضاء
الهاتف: 05 22 23 19 89

الهاتف : 05 22 23 49 89 LG - الفاكس : 05 22 23 49 87 - البريد الإلكتروني : clinicaenourfi@gmail.com

الباتشنتا : 36350533 - تج : 40143077 - روم مصر

$$\text{البيانات المتاحة: } 7 - 36.350533$$

م.م.مش : 091685652000087 - ص وصيغ : 8282733 - سج : 4014501

CLINIQUE NOUR D'OPHTHALMOLOGIE



مصحة النور للعيون

NOTE D'HONORAIRES

Le : 02/07/2021

Références : 3573 / Payant
Entrée / Sortie : 02/07/2021 - 02/07/2021

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
الدار البيضاء
الجزائر

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 - التعرف البنكي :



INPE 090060914

25 ، طريق الجامعات (طريق الجديدة سابقاً)
تجزئة كنimir-الوازيس - الدار البيضاء

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

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

الباتلتنا : 36350533 - تج : 40143077 - صوضج : 8282733

م.م.ش : 001685652000087

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