

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.

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.

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2371 Société : RAN (77567)

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Touhami MOHAMED

Date de naissance : 12/01/1951

Adresse : RTE El Tadida RES RAN IMME
ALPT 602 CASA

Tél. : 06 61 83 44 52 Total des frais engagés : 1121,80 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin : 23.06.2014

Date de consultation : 23.06.2014 Age :

Nom et prénom du malade : Eloubech Eloubech Lui-même Conjoint Enfant

Lien de parenté : Nature de la maladie : Eloubech Eloubech

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Eloubech Eloubech

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) : Eloubech Eloubech



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
23/06/2021	C 21 S	300 DH		
				Dr. Zouhair Benjelloun Opitain n°00000000000000000000 Route des Facultés Tizi Ouzou - Algérie

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Hind El Khatib Docteur en Pharmacie 400, Route de Casablanca 37-Fax: 022.98.24.73	19/05/21	187,85
	23/6/21	636,80 ص.م

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRE

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET SACHEZ DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE



مصحة النور للعيون

le mercredi 19 mai 2021

Monsieur Mohamed TOUHAMI

A instiller dans les deux yeux

30,30

- Icomb, collyre :
1 goutte trois fois par jour pendant 2 semaines.



27,80

- Icin , collyre
1 goutte 4 fois par jour pendant 10 jours



130,00

- Hyfresh , collyre
1 goutte 4 fois par jour pendant 1 mois.



En cas d'urgence (douleur, baisse de la vue ou rougeur), veuillez contacter

> 7h-19h: 0522234989
>19h-7h 0673630775//0623247489

Dr. ZIDI Mohamed
Ophtalmologiste
25, Route des Facultés RA
1er étage, mer Oasis Casablanca

T. 187,80

Pharmacie MIMOSAS
Hind LAKHIMIRI
Docteur et pharmaciste
400, Route d'El Jadida
CASABLANCA
Tél: 022.93.53.37 - Fax: 022.93.24.73

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 - التعريف البنكي : 001685652000087



INPE 090060914

25 ، طريق الجامعات (طريق الجديدة سابقا)

تجزئة كنمير-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

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

م.م.ش : 001685652000087

التجاري وafa بنك: وكالة مهج 2 مارس - التعريف البنكي : 001685652000087

Suvéal **D**[®] **U**

OPHTALMED
PPC
317.00 DHS

BOÎTE POUR 2 MOIS
Formule en 1/ jour

Complément alimentaire
à base d'Oméga 3, Lutéine,
Zéaxanthine, Vitamines et Zinc

Le Zinc et le DHA contribuent au
maintien d'une vision normale

Suvéal® DUC

BOÎTE POUR 2 MOIS
Formule en 1/ jour

OPHTALMED
PPC
317.00 DHS

Complément alimentaire
à base d'Oméga 3, Lutéine,
Zéaxanthine, Vitamines et Zinc

Le Zinc et le DHA contribuent au
maintien d'une vision normale

CLINIQUE NOUR D'OPHTHALMOLOGIE



مصحة النور للحالات

23/06/2021

Mr. TOUHAMI Mohamed a effectué une consultation ophtalmologique avec FO à la clinique Nour d'ophtalmologique d'un montant de 300dh (trois cent dirhams)



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 على التفاصيل



INPE 090060914

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

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

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

الباتن : 36350533 - تج : 40143077 - صورج : 8282733

م.م.ش : 001685652000087