

## 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.

### Radiologie 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.

### Rééducation :

- 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

La 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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W21-609066

ND : 90360

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) 1032 Société :

Matricule : 1032 Société : MUPRAS

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : CHADILI SAADIA

Date de naissance : 01/01/1953 M. 01 NOV. 2021

Adresse : Casablanca

Tél. : 0661192836 Total des frais engagés : \_\_\_\_\_ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : CHADILI SAADIA Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : effort sportif

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 : 26/10/2021

Signature de l'adhérent(e) : SAADIA

#### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
2011-01-21	C.S. + C	300.00		INP : 09111111111111111111

## EXECUTION DES ORDONNANCES

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
ODF PROTHESES DENTAIRES	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: 100px;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">D</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		<input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D																		
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE



# مصححة النور للغة اليونانية

01 octobre 2021

Mme CHADILI Saadia

$$4 \times 84.90$$

## CARTEOL LP 2%: COLLYRE

1 goutte 1 fois par jour le matin 9h à la même heure à renouveler et a ne pas arreter sans avis médical , dans les deux yeux, pendant 6 mois

165,000

## HYE UNIDOSE

1 gttte. 4 fois /jour, dans les deux yeux, pendant 2 Mois

NS

PPC 165.00 dh

T. 504, 60

Dr. ZIDI Mohamed  
Ophtalmologiste  
25 Route des Facultés 107  
S. C. S. S.

Pharmacie **IMOSA**  
Husni LALHIMIRI  
Docteur en Pharmacie  
400, Route de Jadida  
CASABLANCA  
Tel: 022.93.86.57-Fax: 022.98.24.76

INDE 090060914

INPE 090060914

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

التجاري وفا بنك : وكالة محج 2 مارس - التعريف البنكي : 007 780 000122700000605 67 Agence Avenue 2 Mars - RIB : 007 780 000122700000605 67 AlJariWafaBank

060914 ٢٠٢٢ - مصري ايجيبت (صرير ايجيبت) - ستايلز  
تجزئة كنيم-الوازيس - الدار البيضاء  
الهاتف : ٠٥ ٢٢ ٢٣ ٤٩ ٨٩ ٥٤ LG - الفاكس : ٠٥ ٢٢ ٢٣ ٤٩ ٨٧  
البريد الالكتروني : cliniquenour01@gmail.com - روممص : ٠٩٠٠٦٠٩١٤  
الباتن : ٣٦٣٥٥٣٣ - تج : ٤٠١٤٣٠٧٧ - صوضج : ٨٢٨٢٧٣٣  
م.م.ش: ٠٠١٦٨٥٦٥٢٠٠٠٨٧  
التجاري وافق بنك: وكالة محيي ٢ مارس - التعريف البنكي : ٠٠٠٦٥٠٦٧

Hye



Sodium hyaluronate 0.4%  
À base de hyaluronate de sodium 0,4%  
Lubricant ophtalmic solution  
Solution ophthalmique lubrifiante

# CLINIQUE NOUR D'OPHTHALMOLOGIE



مصحة النور  
للعيون

01 octobre 2021

Mme CHADILI Saadia

Champ visuel automatisé (programme glaucome)



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

AttijariWafaBank : Agence Avenue 2 Mars - RIB : 007 780 000122700000605 67 التجاري وafa بنك: وكالة محج 2 مارس - 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 :

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

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

م.م.ش : 001685652000087

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

# CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE



# مصححة النور للاعیون

01/10/2021

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

**CLINIQUE NOUR**  
**D'OPHTHALMOLOGIE**  
25, Route des Facultés (H.W)  
Tel: 0522 214232 Fax: 0522 214987

Dr. ZIDI M'hamed  
Ophtalmologiste  
25, Route des Facultés  
Larache, Maroc

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 : 09

Patente : 36350533 - I.E : 40143077 - CNSS : 8282733

Patente : 36350555 - I.P. :

AttaliWafaBank - Agence Avenue 2 Mars - RIB : 007 780 000122700000605 67 - التّابع للّكْسَانْدْرِيَة - 2 مارس - 00185352000087



INPE 090060914

25 ، طريق الجامعات (طريق الجديدة سابقا) ت不住ة كنمير-الوازيس - الدار البيضاء

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

البريد الإلكتروني : cliniquenour01@gmail.com - روم مصر : 090060914  
الاتصال : 36350533 - تج : 40143077 - ص.وض.ج : 8282733