

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'Hôtel Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

22/05/2012

Déclaration de Maladie : N° S19-0001486

Maladie

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2U81

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Mme ISAAD MASIA

Date de naissance : 01/05/1957

Adresse : Rue 6, N° 72, Hay Attada Moulme (HERA.M. ou F)

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 31/05/2012

Nom et prénom du malade : ISAAD MASIA

Age : Ans

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Stent, Osteo

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 : 06/07/2012

Signature de l'adhérent(e) : 06/07/2012



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
31/05/2021	1222 C2 + G		300 DH	<i>(Handwritten signature over the stamp)</i>
				<i>(Large blue oval stamp covering the bottom left section)</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SARANAZ SARLAU 140 Lot Sinalda Lissabon Casablanca Tél/Fax : 05 22 65 20 07	31/05/2021	402,20

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				<input type="text"/>
<img alt="Diagram of upper and lower dental arches with numbered teeth from 1 to 8. A horizontal arrow labeled 'D' points to the left, and a vertical arrow labeled 'G' points downwards. Point 'H' is at the top center, and point 'B' is at the bottom center				



CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE CASABLANCA
مصحة النور للعيون الدار البيضاء
• CNOC •

31 mai 2021

Mme ISAAD Najia

112,50
LOTEMAX

1 goutte 4 fois/jour pendant 5 jours
1 goutte 3 fois/jour pendant 5 jours
1 goutte 2 fois/jour pendant 10 jours
, dans les deux yeux

A NE PAS RENOUVELER SANS AVIS MEDICAL

S.V.

S.V.

75,70
ALERGICHEK

X 1 goutte 2 fois par jour matin et soir, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

135,00
EOLE DUAL

1 goutte 4 à 6 fois par jour à la demande, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

79,00
VITAMINE A POMMADE

1 app le soir, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

402,20
DR ZIDI Mohamed
CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE
des Facultés Oasis - Casablanca
Tel: 05 22 21 49 49 16 / Fax: 05 22 23 49 87

ACCUEIL
CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE
28, Angle des Palmiers et Route
des Facultés Oasis - Casablanca
Tél: 05 22 23 49 87 / Fax: 05 22 23 49 87

PHARMACIE SARAVAZ
140 Lot SARA
Casablanca
Tel/Fax: 05 22 65 20 07



INPE 090060914

28, Angle Rue des Palmiers et Route des Facultés , 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 Av. 2 Mars - RIB : 007 780 0001227000000605 67

28، زاوية تقنية التحفيل وطريق الجامعات، الوزير، الدار البيضاء • الهاتف: 05 22 23 49 89 LG • الفاكس: 05 22 23 49 87 • البريد الإلكتروني: cliniquenour01@gmail.com

رقم هوية: 090060914 • الباتننا: 36350533 • تج: 40143077 • صوضج: 8282733 • م.ش: 001685652000087 • التاجری وافا بنك: وكالة محج 2 مارس • التعريف البنكي: 007 780 0001227000000605 67