

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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.

M22- 0006899

126281

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2587

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SARHANI KHADISA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : 550,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 31/05/2022

Nom et prénom du malade : SARHANI KHADISA

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie : cataracte

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie :

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) :

H. HAKANI

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



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
31.05.2022	SR 42		300,00	300,00

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	31	
	05	T. 250,50
	2022.	

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

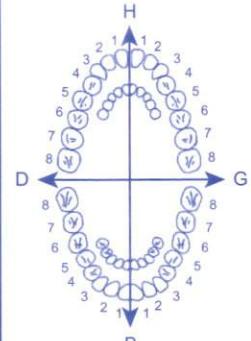
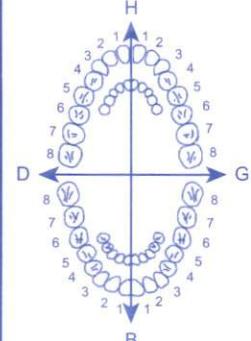
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				
				Montants des Soins
				Début d'Execution
				Fin d'Execution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H 25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	B	Montants des Soins
	D 00000000	G 00000000		Date du Devis
				Date de l'Execution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



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

31 mai 2022

Mme SARHANI Khadija

147.00

BLEPHAGEL TUBE POMPE



1 application avec des compresses stériles sur paupières fermées en les massant matin et soir , dans les deux yeux, pendant 1 Mois

77.10

DEXAFREE UNIDOSES



1 goutte 4 fois pendant 5 j
1 goutte 3 fois pendant 5 j
puis arrêt à ne pas renouveler sans avis médical , dans les deux yeux

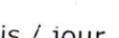
26.40

STERDEX PD



1 app par jour le soir au coucher puis arrêt à ne pas renouveler sans avis médical , dans les deux yeux, pendant 8 jours

THEALOSE COLLYRE



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

DR ZIDI Mohamed
CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE
des Facultés Dousia - Route des Facultés
Tél: 05 22 23 49 89 43 09 - Casablanca
A. Résidence de Arribal - Route
Tél: 05 22 23 49 89 43 09 - Casablanca
PHARMACIE RESIDENCE ANNABA
Sidi Bennour D'Ophtalmologie
Tél: 05 22 23 49 89 43 09 - Casablanca

CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE
des Facultés Dousia - Route des Facultés
Tél: 05 22 23 49 89 43 09 - Casablanca
A. Résidence de Arribal - Route
Tél: 05 22 23 49 89 43 09 - Casablanca

T. 250.50.



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 زنقة التحيل وطريق الجامعات ، الوازيس - الدار البيضاء • الهاتف: 05 22 23 49 89 • الفاكس: 05 22 23 49 87 • البريد الإلكتروني: cliniquenour01@gmail.com

رقم هام: 090060914 • الباتن: 36350533 • تج: 40143077 • صورج: 8282733 • م.ش: 001685652000087 • التجاري وافا بنك: وكالة محج 2 مارس • التعريف البنكي: 007 780 0001227000000605 67



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

31/05/2022

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

