

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 canaux, 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 canaux.

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



Déclaration de Maladie

M22- 0006536

143247

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0586 Société : R A M
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraité
 Nom & Prénom : Mohamed Zerrouk
 Date de naissance : 1937
 Adresse : 31 Rue 16, Hay Inna 1 Casablanca
 Tél : 0700 1888 11 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. ZIDI Mohamed
 CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE
 28, Angle Rue des Palmiers et Route
 des Facultés Oasis - Casablanca
 PR : EI
 Tél : 05 22 23 49 89 LG / Fax : 05 22 23 49 87

Date de consultation : 19 / 12 / 2022
 Nom et prénom du malade : Bouziane Sella Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie :
 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 : Casa Le : 19 / 12 / 2022

Signature de l'adhérent(e) :

CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE
 28, Angle Rue des Palmiers et Route
 des Facultés Oasis - Casablanca
 Tél : 05 22 23 49 89 LG / Fax : 05 22 23 49 87

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ 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
19.12.19	C5 + C2		gratuits	

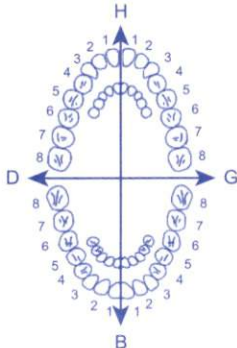
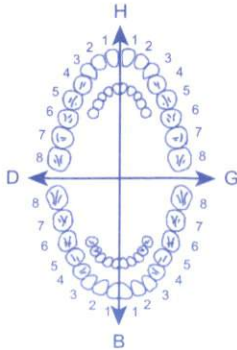
[illegible][illegible][illegible]

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient											
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>										
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>									
					DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>									
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>										
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>				H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B	
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession													
				DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/>										
				DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Opticienne optométriste
Contactologiste

Angle Bd. 2 Mars et Bd El Kods
Imm - Mag n°5 - Ain Chok
Casablanca - Tél. : 05 22 52 59 88
GSM : 06 80 08 52 40

N° Identification : 02202896
Patente : 34062115
R. C. : 127047

Date 24/12/2022

Nom : BOUTIAME SFA

Adresse : _____

Adressé Par : _____ Tél : B 0660813919

D _____

RX(VL)	SPH	CYL	AXL	PRISME	DÉC	ADD
OD						
OG						
RX (VP)						
OD	+2.75	-0.75	100			
OG	+2.75	-0.75	95			

EIP.Loin : 30530

EIP.Près : _____

Hauteur : _____ / _____

	RÉFÉRENCE	Prix
Monture		
Verre	<u>Versus RX 1.56</u>	<u>350 DH</u>
Lentille de Contact		
Total		
Régler par		

Avance : _____

Rest : _____

Angle Bd. 2 Mars et Bd El Kods
Imm - Mag n°5 - Ain Chok
Casablanca - Tél : 022 52 59 88

N° Identification : 02202896
Patente : 34062115
R.C. : 127047

ICE 00003735000076

Nom et Prénom : BOUZIANE SEJA

Date : 30/12/2022

Vision de Loin		Vision de Près	
OD : Sph _____ Cyl _____		OD : Sph <u>+2.75</u> Cyl <u>-0.75</u>	<u>100</u>
OG : Sph _____ Cyl _____		OG : Sph <u>+2.75</u> Cyl <u>-0.75</u>	<u>95</u>

Double Foyer

OD : Sph _____ Cyl : _____ ADD : _____

OG : Sph _____ Cyl : _____ ADD : _____

Quantité	Désignation	Prix
	Monture : _____ _____	
	Verre : <u>organiques blancs</u> <u>amirc</u>	<u>350 DH</u>

Montant en lettres : Trois cent cinquante

dirhams

Total

350 DH

Cachet & Signature

NOTR'OPTIC
Angle Bd. 2 Mars et Bd.
Imm. Mag. N°5
Ain Chok - CASA
Tél : 022 52 59 88



CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE CASABLANCA

مصحة النور للعيون الدار البيضاء

• CNOC •

19 décembre 2022

Mme BOUZIANE Sfia

Monture pour vision de près + verres correcteurs

VP : OD = + 2.75 (- 0.75 à 100°)

OG = + 2.75 (- 0.75 à 95°)

DR. ZIDI Mohamed
CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE
28, Angle Rue des Palmiers et Route
des Facultés - Oasis - Casablanca
PR : El
Tél : 05 22 23 49 89 LG / Fax : 05 22 23 49 87

ACCUEIL
CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE
28, Angle Rue des Palmiers et Route
des Facultés - Oasis - Casablanca
PR : El
Tél : 05 22 23 49 89 LG / Fax : 05 22 23 49 87

NOTR'OPTIC
Angle Bd. 2 Mars et Bd.
El Kod - Mars - N°5
Imm. Al Mall - Am Chock - CASA
Tél : 05 22 52 59 88



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 : 34751148 • I.F. : 40143077 • CNSS : 8282733 • I.C.E : 002209107000090 • AttijariWafaBank : Agence Av. 2 Mars - RIB : 007 780 0001227000000605 67

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

رؤم م ص : 090060914 • الباتنتا : 34751148 • ت ج : 40143077 • ص و ض ج : 8282733 • م م ش : 002209107000090 • التجاري و ا ف ا ب ن ك : وكالة محج 2 مارس • التعريف البنكي : 007 780 0001227000000605 67