

## 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.

## Bééducation :

- 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)

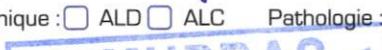
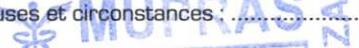


## Déclaration de Maladie

M22- 0031438  
130-773

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : .....	6913	Société : .....	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre : .....	
Nom & Prénom : .....			
ABOUAISSE Abd			
Date de naissance : .....	26 - 3 - 51		
Adresse : .....	Rue 1er Janvier 20 - 11		
..... 25360	CASABLANCA		
Tél. : 0663 76915	Total des frais engagés : 300	Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	 <b>Dr. Sara ILMANE</b> CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE 28 Angle des Palmiers et Route des Facultés Oujas - Casablanca Tel: 05 22 23 49 89 LG - Fax: 05 22 23 49 87
Date de consultation :	/ /
Nom et prénom du malade :	<b>Abouaissa Mohammed</b> Age: .....
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	<b>Surpoids et hypertension. Diabète type 2 et certains symptômes de la</b>
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> 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.	
 <b>02 AOUT 2023</b>  <b>ACCUEIL</b>	
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] :	

## 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
13/06/23	55 + 52		300	CHAMQUE NOUR D'OPTOMETRISTE 18, Angle des Palmiers et des chênes Faculté des Sciences et Techniques de Casablanca Tél: 05 22 22 49 89 / 05 22 22 49 89 Fax: 05 22 22 49 89 E-mail: chameknour@yahoo.fr Site: www.chameknour.com

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

### (Création, remont, adjonction)

ctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

A diagram of a dental arch (maxilla) with 12 numbered teeth (1 through 12) arranged in a curve. The teeth are represented by small circles with numbers. A coordinate system is overlaid on the arch: the vertical axis is labeled 'H' at the top, the horizontal axis is labeled 'D' on the left, and the diagonal axis is labeled 'B' at the bottom right. The teeth are numbered as follows: 1 (top central), 2 (top lateral), 3 (top canine), 4 (top first molar), 5 (top second molar), 6 (top third molar), 7 (bottom third molar), 8 (bottom second molar), 9 (bottom first molar), 10 (bottom canine), 11 (bottom lateral), and 12 (bottom central). The numbers 1 through 12 are placed on the arch to indicate the position of each tooth relative to the coordinate system.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



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



13/06/2023

Mr. ABOUAISSA Mohammed a subi une consultation ophtalmologique avec FO à la clinique Nour d'ophtalmologique dont le montant s'élève à 300dh ( trois cent dirhams)

ACCURIT  
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  
PR : Et  
des Facultés Oasis - Casablanca  
28, Angle Rue des Palmiers et Route  
des Facultés Oasis - Casablanca  
Tél: 05 22 23 49 89 LG / Fax: 05 22 23 49 87

Dr. Sara  
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



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 : 002782953000058 • AttijariWafaBank : Agence Av. 2 Mars - RIB : 007 780 0001227000000605 67

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

روهمص: 090060914 • الباتن: 34751148 • تج: 40143077 • صرفي: 8282733 • م.م.ش: 002782953000058 • التجاري وافق بنك: وكالة ممحج 2 مارس • التعريف البنكي: 007 780 0001227000000605 67