

# 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



## Déclaration de Maladie

N° M21- 0019474

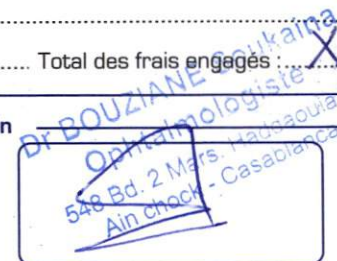
☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1428 Société : 189543  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : RAHMOUNE Jamila  
 Date de naissance : 20/06/1952 C.A.S.A  
 Adresse : IM 29 Rph N° 4 2 eteq - Nour elifur  
 Tél. : 0660168100 Total des frais engagés : 2145,80 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 02/01/2024  
 Nom et prénom du malade : RAHMOUNE Jamila Age :  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Cataracte par phaco  
 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 05/01/2024  
 Signature de l'adhérent(e) :

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
02/01/24	Ticket Modus Team	1860 DHS		

**PRISE EN CHARGE**  
CLINIQUE NOUVEAU PALMIR  
28, Avenue des Palmiers et Route  
des Facultés Oudiss - Casablanca  
PR: EW  
Tél: 05 22 23 49 88 / Fax: 05 22 23 49 88

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02/01/24	28580

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<b>PHARMACIE BARRA</b> of Guynemer Rue 2, 20 - Oudiss Casablanca Tél: 0522 98 19 09			

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de soins canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

## SOINS DENTAIRES

Dents  
Traitées

6 118001 070176

CILOXAN 0,3% Collyre, flacon de 5 ml  
A.M.M. N° 151 DMP/21/NRQ  
Laboratoires Sothema  
PPV : 45,90 DHS

Remboursable AMO  
406434



SHD 00'89' Add  
PPV : 58,00 DHS  
61180012/0088  
A.M.M. N° 155/19/DMP/21/NRQ  
ZENTH PHARMA  
EXP : 05 - 2023  
FAB : 10 - 2024  
H9648  
INDOCOLLYRE 0,1%  
LOT/

MONTANTS

6 118001 102860

DEXAFREE 1 mg/ml  
Collyre 0,4 ml - PPV : 77,10 DH  
Distribué par COPIEX PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,  
20 110 Casablanca - Pharmacien Responsable : Amine DAHOUI

## ODF PROTHESES DENTAIRES

DETERMIN  
M

**Sterisoil®**

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profection

MONTANTS  
DES SOINS

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'OPHTALMOLOGIE CASABLANCA

مصحة النور للعيون الدار البيضاء

• CNOC •



02/01/2023

Mme Rahmoune  
Jamila

FF.10

① Dexafree 1g x 6 / j pdt 10  
puis 1g x 4 / j pdt 10  
45.90 puis 1g x 2 / j pdt 10

② Cibaon collyre 1g x 4 / j pdt 10

58.00  
③ Indocollire 1g x 2 / j pdt 2

74.80  
④ Sepren 500 mg 1p. x 2 / j pdt

30.00  
⑤ Rondelles oculaires 5  
Changer prescrite chaque mois

285.80



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

زاوية وكالة التخليط والطباعة، الوائيس

الدار البيضاء، الهاتف : 05 22 23 49 89 LG • الفاكس : 05 22 23 49 87

البريد الإلكتروني : cliniquenour01@gmail.com

روم مخصص : 090060914 • الماتنتا : 34751148 • تاج : 40143077

م.م.ش : 002209107000090 • 8282733

التجاري واما بنك : وكالة محج 2 مارس - التعريف البنكي :