

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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 canalaire, 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 canalaire.

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1428

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

RAHMOUNE Jamila

Date de naissance :

20/06/1952

Adresse :

IM29 n°11 n°4. 2^e étage - Nouvel immeuble

Tél. : 0660168100

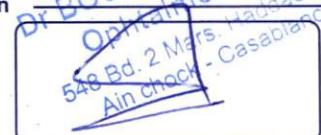
Total des frais engagés :

X 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 :

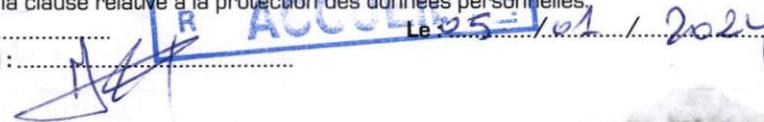
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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) :



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
02/01/2014	Ticket Madero Team		186.00 DHS	PRISE EN CHARGE CLINIQUE NOUVEAU DENTAL 28, Avenue des Palmiers et Route des Facultés d'Oasis - Casablanca Tél: 05 22 23 49 89, Tel: Fax: 05 22 23 49 87

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02/01/2014	281.80 DHS

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
HARMONIE BARRE ot Guyennier Rue 2, 20 - Oasis 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	

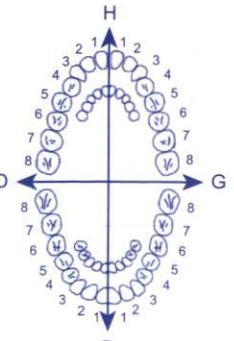
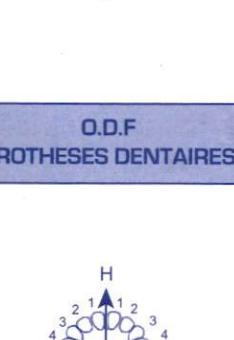
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

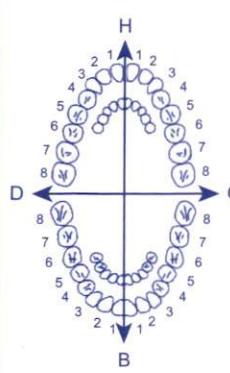
Important :

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

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées	
	
	
MONTANTS	
6 118001 070176	PPV : 58.00 DHS
CILOXAN 0,3% Collyre, flacon de 5 ml	ENT 161800127008
A.M.M. N° 151 DMP/21/NRQ	VAUX
Laboratoires Sotthema	
PPV : 45,90 DHS	406434
ZENTH PHARMA	
COLLIERE 5ml	99648
INDOCOLLYRE 0,1%	LOT: 99648
AB/6517/05/2024	EXP/05/05/2024
AMM N°151/9 DMP/21/NRQ	10-2024
COLLIERE 5ml	99648
DEXAFREE 1 mg/ml	6 118001 102860
Collyre 0,4 ml - PPV : 7710 DH	PPV : 7710 DH
Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,	
20 110 Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI	
74.80	

O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMIN. M

Sterisoin®

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



02/04/2023

Mme Rahmouna
Jamelia

FF.10

- ① DeafFree 1g x 6/j pdt 10 S.V.
puis 1g x 4/j pdt 10 S.V.
puis 1g x 2/j pdt 10 S.V.
- 45.90
- ② Celsolan collyre 1g x 4/j pdt 10 S.V.
- ③ Indocoll 58.00 1g x 2/j pdt 21 S.V.
- ④ Sepen 24.80 450 mg 1cp. x 2/j pdt
- ⑤ Rondelles 38.00 oulaieres 5 S.V.
- Changee pense et chaque mois
- 285.80

PHARMACIE
Grand Bazaar
10 Avenue du 2 Mai
10100 - Oasis Casablanca
Tél: 05 22 23 49 89 09

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 000122700000605 67

28، زاوية رقم 2 التخليق طريق العلامات، الوازيس

الدار البيضاء، البريد رقم 14144، الفاكس: 05 22 23 49 87 • 05 22 23 49 89 LG

البريد الإلكتروني: cliniquenour01@gmail.com

رقم متصفح: 090060914، رقم متصفح: 34751148، تج: 40143077

صيغة: 002209107000090، رقم متصفح: 8282733، م.ش: 002209107000090

التجاري وافق بنك: وكالة متحف 2 مارس - التعريف البنكي: