

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
11/10/22	actes	3000 H		Dr. Mohamed EL KHALIL

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Min... Hind... Denteur en... 400... 022...	02/10/2022	4111,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	12.10.22	actes radiologie	12000 H

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

N° W21-701969

135106

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2311 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : MENNI EL Bachir
 Date de naissance : 1949 -
 Adresse : Rte 6 Palmier RAM - Route al Jachida
 N° : 400 Bat B 112
 Tél. : 0661310993 Total des frais engagés : 1611,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

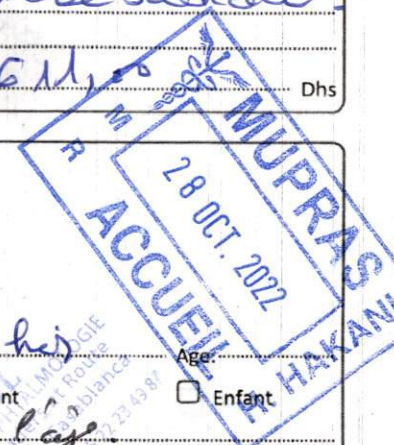
Date de consultation : / /
 Nom et prénom du malade : MENNI EL Bachir
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Neuropathie liée à l'âge
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances :
 Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les 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 Casablanca Le : 07/10/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-Z15/2019





CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE CASABLANCA

مصحة النور للعيون الدار البيضاء

• CNOC •

07/10/2022

Ordonnance

Mr. MENNI El Bachir necéssite :

OCT MACULAIRE

ACCUSE
CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE
28, Angle 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 : 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 مرس : 090060914 • الباتنتا : 34751148 • تاج : 40143077 • صوضج : 8282733 • م.م.ش : 002209107000090 • التجاري واهنا بنك : وكالة محج 2 مارس • التعريف البنكي : 007 780 0001227000000605 67



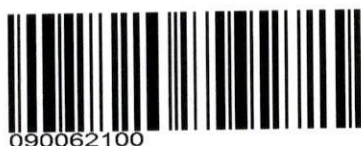
INTERNATIONAL clinic

FACTURE

N°: C4661/2022

Patient	Médecin traitant	Date de consultation
M. MENI El Bachir	BAKJAJI Majed	12/10/2022
	Assurance	P.C. N°
	AUCUNE	

LIBELLE	Qté	Prix U.	Montant
OCT (BAKJAJI Majed)	1	1 200,00	1 200,00
Montant Total			1 200,00 Dhs
Arrêté la présente facture à la somme de :			
MILLE DEUX CENT DHS ET ZERO CENTIMES			



090062100

Edité le : 12/10/2022 à 13:58

Par : rouchd



ID : 0745

Ethnicity :

Technician :

Name:menni el bachir

Gender : Male

Fixation : OS(L) Macula

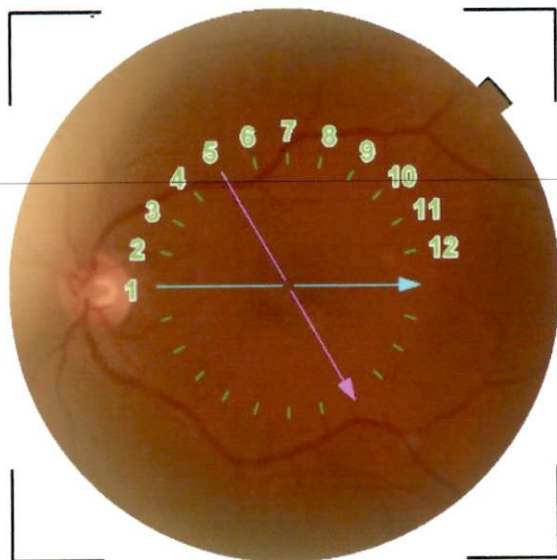
DOB : 01/01/1949

Age : 73

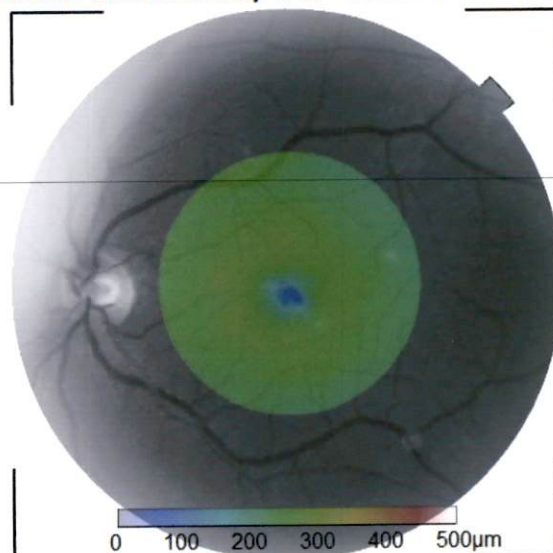
Scan : Radial(6.0mm - 1024 x 12)

OS(L)TopQ Image Quality: **97** mode: Fine(2.0.7)

Capture Date: 12/10/2022 O.E.M:1.000x

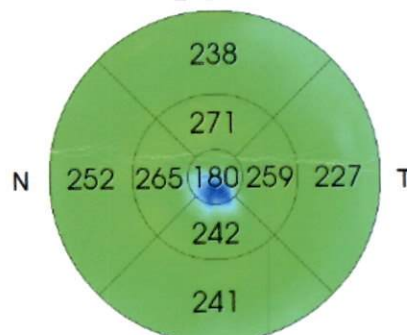


Retinal thickness map ILM - OS/RPE / Red-free

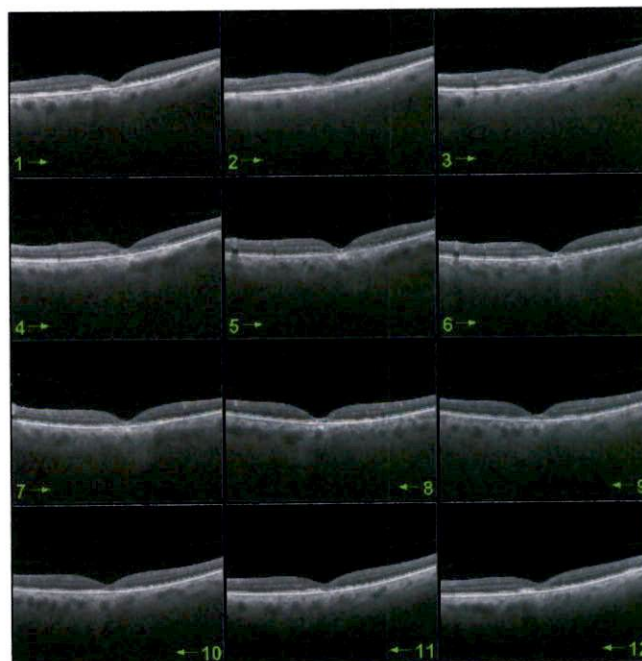


Retinal thickness ILM - OS/RPE (μm)

ETDRS

Average Thickness (μm) **242.4**

Comments :



Signature :

Date :

Radial Report OU

ID : 0745

Name : menni el bachir

Triton plus(Ver.10.19)

Print Date : 12/10/2022

TOPCON

Ethnicity :

Gender : Male

DOB : 01/01/1949 Age : 73

Technician :

Fixation : OD(R) Macula / OS(L) Macula

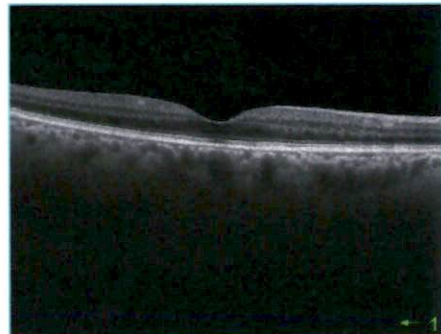
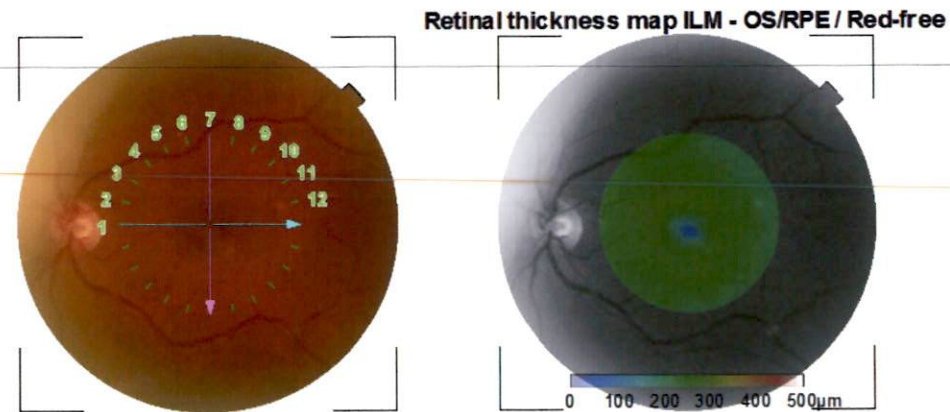
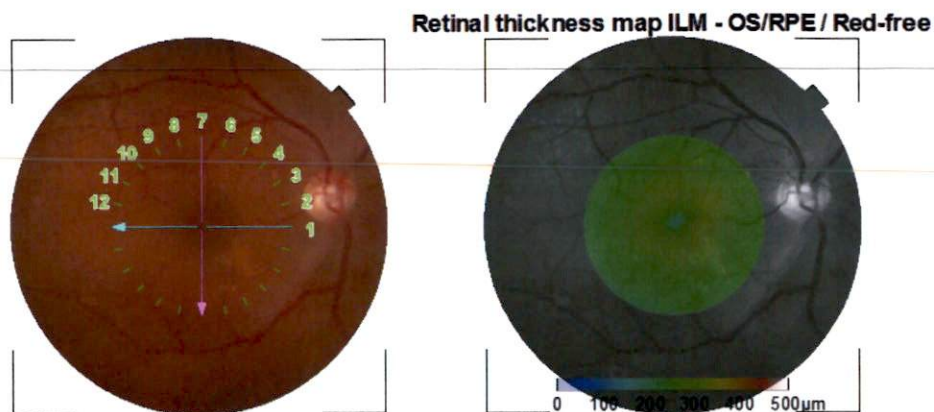
Scan : Radial(6.0mm - 1024 x 12)

OD(R)

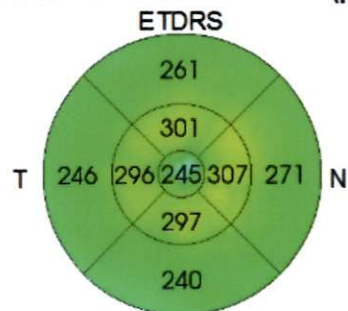
TopQ Image Quality: **98** mode: Fine(2.0.7)
Capture Date: 12/10/2022 O.E.M:1.000x

OS(L)

TopQ Image Quality: **97** mode: Fine(2.0.7)
Capture Date: 12/10/2022 O.E.M:1.000x



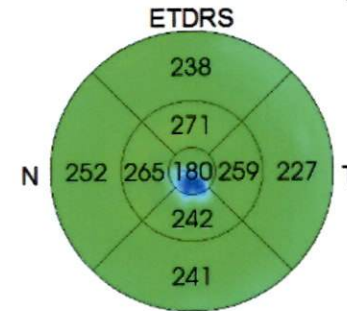
Retinal thickness ILM - OS/RPE (µm)



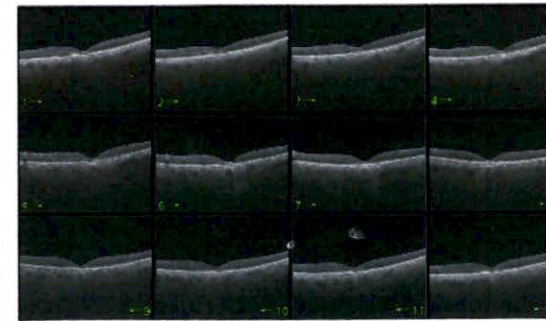
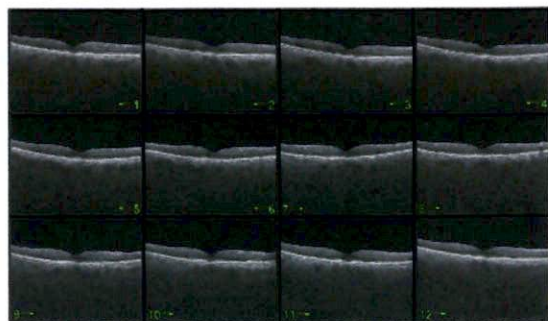
Average Thickness (µm) **264.5**



Retinal thickness ILM - OS/RPE (µm)



Average Thickness (µm) **242.4**



Comments :

Signature :

Date :



CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE CASABLANCA

مصحة النور للعيون الدار البيضاء

• CNOC •

07/10/2022

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

DR ZID Mohamed
CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE
28, Angle des palmiers et Route
des Facultés Oujda - Maroc
Tél : 05 22 23 49 89 LG / Fax : 05 22 23 49 87

CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE
28, Angle des palmiers et Route
des Facultés Oujda - Maroc
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. : 002209107000090 • AttijariWafaBank : Agence Av. 2 Mars - RIB : 007 780 0001227000000605 67

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

روم م.ص : 090060914 • الباتنت : 34751148 • ت.ج : 40143077 • ص.وض.ج : 8282733 • م.م.ش : 002209107000090 • التجاري وفا بنك : وكالة محج 2 مارس • التعريف البنكي : 007 780 0001227000000605 67



CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE CASABLANCA

مصحة النور للعيون الدار البيضاء

• CNOC •

07 octobre 2022

Mr. MENNI El Bachir

317.00

SUVEAL DUO: BOÎTES DE 60

94.00

1 capsule / jour le soir après diner, , pendant 6 Mois

XAILAN HA

1 goutte 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

T. 411.00

Pharmacie MIMOSAS
Hind LAKHMIRI
Docteur en Pharmacie
400, Route d'E. Jadida
CASABLANCA
Tél: 022.98.88.87 - Fax: 022.98.24.78

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

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

OPHTALMED
PPC
317.00 DHS

OPHTALMED
PPC
94.00 DHS



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

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

روم م. 090060914 • الباتنتا : 34751148 • تاج : 40143077 • ص.م.ش : 8282733 • م.م.ش : 002209107000090 • التجارة وفا بنك : وكالة محج 2 مارس • التعريف البنكي : 007 780 0001227000000605 67