

## 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 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0033461 *par courrier*

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10302 Société : RAM 161793  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : ENDOUSHI ABDELMAJID  
 Date de naissance : 15/07/1963  
 Adresse : RESID FLEURY 23, APT 28 NEUE ANOUA Nouvère  
 Tél. : 066030878 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**DR. Khalid LOUGHZAIL**  
 SPECIALISTE EN OPHTALMOLOGIE  
 Tél : 05 37 37 13 33 / 36 / 42 Fax : 05 37 37 13 43  
 Dispositif ALQODS 1 Lot C (En face EL ECROPLANET)  
 INPE : 05 1156990

Date de consultation : 07/05/2023  
 Nom et prénom du malade : ENDOUSHI Abdelmajid Age : 60  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Corps étranger  
 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 : Nouavère Le : 08/05/2023  
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0033461

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....  
 Nom de l'adhérent(e) : .....  
 Total des frais engagés : .....  
 Date de dépôt : .....

### Adresses Mails utiles

- Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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)



# 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
07/05/2023		C2	400DH	CLINIQUE NDOR KENITRA Tél: 05 37 37 13 33 / 36 / 42 Fax: 05 37 37 13 45 SPECIALISTE EN OPHTHALMOLOGIE 05 37 37 13 33 / 36 / 42 Fax: 05 37 37 13 45 Séjournement ALQ005 1 Lot C (En face ELECTROPLANET) INPE: 051156990

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE PROVINCE SARIAL 27 - Av. Hassan II - Kenitra Tél: 05 37 37 255 / INPE: 05206397	07/05/23	26,40

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# VOLET ADHERENT

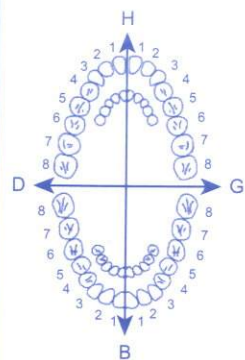
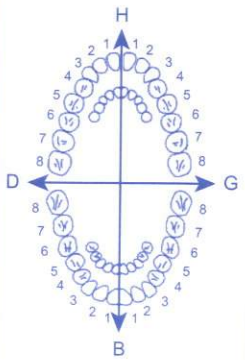
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

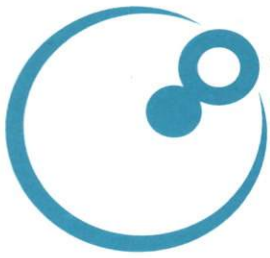
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				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 <input type="text"/>
	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



# مركز نور القنيطرة لطب وجراحة العيون CENTRE D'OPHTALMOLOGIE NOOR KENITRA

Chirurgie De La Cataracte Par Phacoémulsification  
Chirurgie Vitreo Rétinienne  
Chirurgie Du Glaucome  
Chirurgie Des Paupières Et Des Voies Lacrymales  
Chirurgie Ophtalmo-pédiatrique  
Cross-linking

جراحة الجلالة بالذبذبات ما فوق الصوتية  
أمراض وجراحة شبكة العين  
جراحة ضغط العين  
جراحة الجفون والمسالك الدمعية  
أمراض وجراحة عيون الأطفال  
جراحة القرنية المخروطية

## EXPLORATIONS

- Tomographie par cohérence optique (OCT)
- Angiographie rétinienne
- Laser multispot
- Laser Argon
- Topographie cornéenne
- OCT du segment antérieur
- Microscopie spéculaire
- Pachymétrie cornéenne
- Laser Yag
- Echographie oculaire
- Biométrie oculaire (IOL master)
- Bilan orthoptique
- Rééducation
- Champ visuel
- Test de Lancaster
- Vision des couleurs

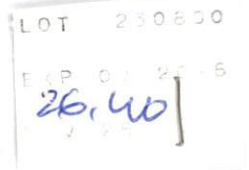
Kénitra le : .....07 mai 2023.....

Mr. ENOUSKI Abdelmajid

2640

TOBREX

1 goutte 5 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 8 jours



صيدلية العمالة  
PHARMACE K PROVINCE SARI AU  
Dr. SARA ZAKARIA  
27, Av. Hassan II - Kénitra  
Tél: 0537 375 255 / INPE: 052063971

halid LOUGHZAIL  
-ECIALISTE EN OPHTALMOLOGIE  
05 37 37 13 33 / 36 / 42 Fax : 05 37 37 13 45  
Lotissement ALQODS 1 Lot C (En face ELECHOPLANET)  
INPE : 051156990

CLINIQUE NOOR KENITRA  
Tél 05 37 37 13 33 / 36 / 42 Fax : 05 37 13 45  
Lotissement ALQODS 1 Lot C (En Face MARJANE MARKET)  
INPE CNK : 050063809



PT230507212033

Tél : 05 37 37 13 33 / 36 / 42 - Fax : 05 37 37 13 45

www.cnk.ma • contact@cnk.ma

Lotissement ALQODS 1 Lot C (à côté de la délégation CNSS) - Kénitra



# CLINIQUE NOOR KENITRA

LOTISSEMENT AL QODS 1 LOT C (EN FACE D'ACIMA) - K  
0537371336/33/42

## Relevé des prestations

N° :

CLINIQUE NOOR KENITRA  
Tél. 05 37 37 13 33/36/42 Fax: 05 37 37 13 45  
Lotissement ALQODS 1 LOT C (En face ACIMA)  
INPE: 050063809

du 07/05/2023

Nom patient

ENOUSKI ABDELMAJID  
PAYANT

Entrée 07/05/2023

Sortie 07/05/2023

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
CONSULTATION SPECIALISTE	1,00		400,00	400,00
			Sous-Total	400,00
Total Clinique				400,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

QUATRE CENTS DIRHAMS

Total 400,00

CLINIQUE NOOR KENITRA  
Tél. 05 37 37 13 33/36/42 Fax: 05 37 37 13 45  
Lotissement ALQODS 1 LOT C (En face ACIMA)  
INPE: 050063809