

# 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

- Reclamation : 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.

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10302 Société : RAM 161793

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : ENOUSKI ABDELMAJID

Date de naissance : 15/02/1963

Adresse : REGIS FLEURY 23, APT 28 Rez

ANNEAU *Leu tre*

Tél. : 0662 30 82 81 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin : DR. Khalid LOUGHZAIL

Date de consultation : 07/05/2023 Nom et prénom du malade : ENOUSKI Abdelmajid Age: 60

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Coups échangés

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 : Kouimt Le : 08/05/2023

Signature de l'adhérent(e) : Ok

## 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 : .....

## 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
07/05/2023	C2	400 DH		<b>CLINIQUE NOOR KENITRA</b> Tél: 05 37 37 13 33 / 36 42 Fax: 05 37 37 13 45 <b>KHANOUN DENTAL ZAKARIA</b> SPECIALISTE EN OPHTALMOLOGIE INPE: 050063908 05 37 37 13 33 / 36 42 Fax: 05 37 37 13 45 Réglement ALGOOS 1 Lot C (En face ELECROPLANET) INPE: 051156990

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMATEK PROVINCES SARL DE SARA ZAKARIA Av. Hassan II - Kenitra Tel: 05 37 37 255 / INPE: 05206397	07/05/23	26,40

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		AM	PC	IM	IV	

## VOLET ADHERENT

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

## 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

**[Création, remont, adjonction]**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# مركز نور الكنطرة لطب وجراحة العيون

## CENTRE D'OPHTHALMOLOGIE NOOR KENITRA

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

جراحة الجلاة 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

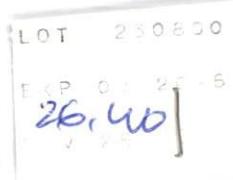
Kénitra le : ..... 07 mai 2023 .....

Mr. ENOUSKI Abdelmajid

26,40

TOBREX

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



صيدلية العمالة  
 PHARMACIE PROVINCE SARLAU  
 Dr. SARA ZAKARIA  
 27, Av. Hassan II - Kénitra  
 Tél.: 0537 375 255 / INPE: 052063971

Dr. nabil LOUGHZAIL  
 SPECIALISTE EN OPHTHALMOLOGIE  
 Tél: 05 37 37 13 33 / 36 / 42 Fax: 05 37 11 13 45  
 Lotissement ALQODS 1 Lot C (En face ELECTROLANET)  
 INPE: 051156990

CLINIQUE NOOR KENITRA  
 Tél: 05 37 37 13 33 / 36 / 42 Fax: 05 37 11 13 45  
 Lotissement ALQODS 1 LOT C (En face MARIJANE MARKET)  
 INPE CNK: 050063809



PT230507212033

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

[www.cnk.ma](http://www.cnk.ma) • [contact@cnk.ma](mailto: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  
07/2023 du 07/05/2023  
Tél.05 37 37 13 33/36/42 Fax: 05 37 37 13 45  
Lotissement ALQODS 1 LOT C (En face ACIMA)  
INPE: 050063809

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
<b>Total Clinique</b>				<b>400,00</b>

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