

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére personnel.

N°D:
3433.

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 32.08

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Retraité

Nom & Prénom : Benjelloun DRIS

Date de naissance : 1955 10 / 03 / 07

Adresse : Tocharrook Tr 18 immeuble app 17

Tél. : 06 74 27 30 61

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : Hafedh

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : /

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous ce caractère 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 : 10/07/2020

Signature de l'adhérent(e) : RBT

Le : 24.07.2020

MUPRAS
ACCUEIL

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
10/07/20			250,00 DH	Dr Ghizlane EL HOUARI Spécialiste en Orthodontie Moumen (Pédiatrisation) 0522700157

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Centre d'Analyse et de Radiologie	Le 11.07.2020	15000	15000

AUXILIAIRES MEDICAUX

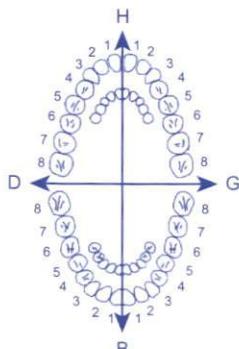
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

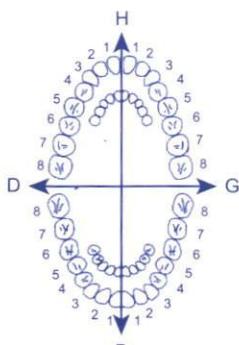
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan d'état.

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
00000000	00000000	00000000
00000000	00000000	00000000
35533411	11433553	

B

[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

ORDONNANCE

د. عصام عطيف
الأمراض السكرية - التغذية
شارع محمد رفعت 121
الهاتف: ٠٥٤٠ ٠٥٤٩١٢ / ٥٥٢٢ ٥٥٥ ٧٧٧

Casablanca

Le : 16 يونيو 2020

cheikh Hébda

Asthma and COPD
up to mid

د. عصام عطيف
الأمراض السكرية - التغذية
شارع محمد رفعت 121
الهاتف: ٠٥٤٠ ٠٥٤٩١٢ / ٥٥٢٢ ٥٥٥ ٧٧٧

Dr. Ghizlane El HOUARI

Spécialiste en Ophtalmologie

Diplômée de la Faculté de Médecine - Casablanca

Ancien Ophtalmologue à l'hôpital 20 - Casablanca

Membre de la Société Française d'Ophtalmologie



د. غزلان الهواري

اختصاصية في أمراض وجراحة العيون

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

طبيبة عيون بمستشفى 20 غشت بالدار البيضاء سابقا

عضو بالجمعية الفرنسية لطب وجراحة العيون

ORDONNANCE

10 juillet 2020

Casablanca, le : الدار البيضاء، في :

Mme CHAKIK Habiba

Angiographie rétinienne à la fluorescéine

OCT maculaire

Dr. Ghizlane El HOUARI
Spécialiste en Ophtalmologie
Sidi Moumen (Pôle du Clinique) 3
0522 70 01 57



شارع محمد الزفزاف، رقم 53، الطابق الأول - سيدى مومن
(أمام محطة الترامواي التشارك، قرب مصحة الملاعنة) الدار البيضاء

Bd. Mohamed ZEFZAF, N° 53, 1^{er} Etage - Sidi Moumen - Casablanca

E-mail : dr.ghizlane.elhouari@gmail.com - 0522 70 01 57

CLINIQUE FRANCE VILLE
CENTRE CARDIOVASCULAIRE

Patient : Mme CHAKIK HABIBA
Séjour : Du 11/07/2020 au 11/07/2020

FACTURE
202003208
Du : 11/07/2020

Etablie par : E. Houria T

Clinique

	Prestation	Quantité	Prix Unitaire	Total
ANGIOGRAPHIE RETINIENNE FLUORESCÉNIQUE		1	1 000,00	1 000,00
TOMOGRAPHIE EN COHERENCE OPTIQUE		1	1 000,00	1 000,00
TOTAL CLINIQUE				2 000,00

Encaissement Compte d'Autrui

	Prestation	Quantité	Prix Unitaire	Total
TOTAL AUTRUI				0,00

Ventes en exonération de la TVA suivant l'article n°91-VI-1° du C.G.I

Arrêtée la présente facture à la somme de DEUX MILLE DIRHAMS

	Patient
Total TTC	2 000,00



Nom:

CHAKIK, HABIBA

ID:

CZMI143615977 Date d'examen: 11/07/2020



CLINIQUE FRANCEVILLE

Date de naissance: 26/10/1967

Heure de l'examen: 12:41

Sexe:

Unknown

Numéro de série: 5000-6852

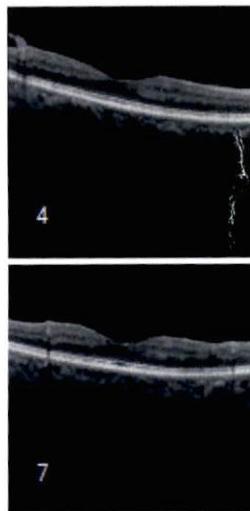
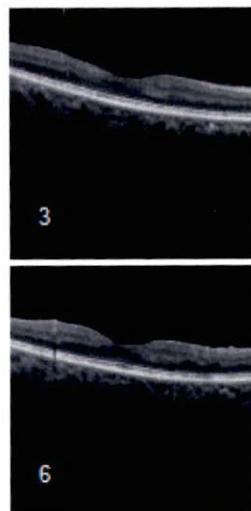
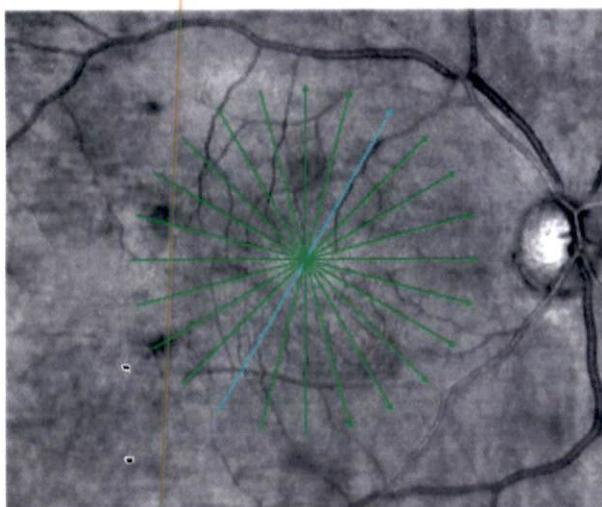
Technicien : EL HOUARI, GHIZLANE

Puissance du signal: 9/10

Images haute définition: HD Radial

OD OS

Longueur: 6 mm



6

7



Commentaires

Signature du médecin

SW Ver: 9.0.0.281
Copyright 2015
Carl Zeiss Meditec, Inc
All Rights Reserved

Page 1 sur 1

Nom:

CHAKIK, HABIBA

ID:

CZMI143615977 Date d'examen: 11/07/2020



CLINIQUE FRANCEVILLE

Date de naissance: 26/10/1967

Heure de l'examen: 12:42

Sexe:

Unknown

Numéro de série: 5000-6852

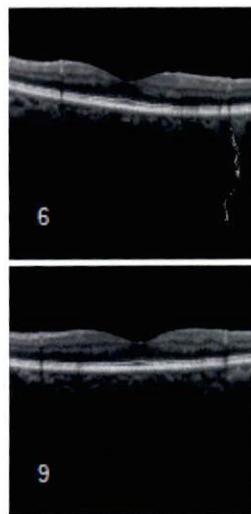
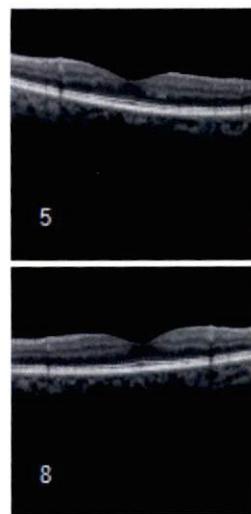
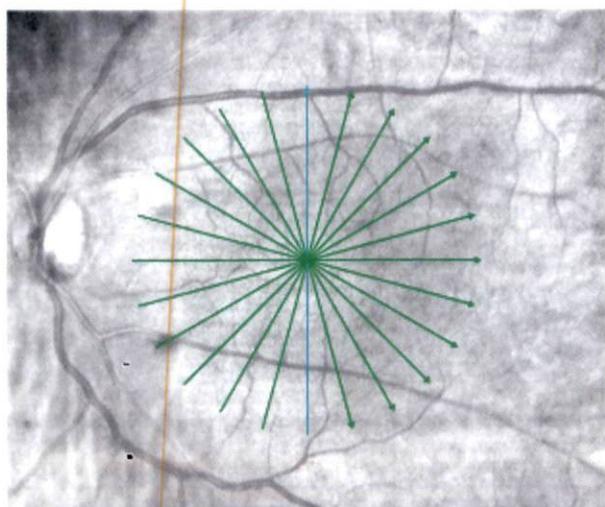
Technicien : EL HOUARI, GHIZLANE

Puissance du signal: 10/10

Images haute définition: HD Radial

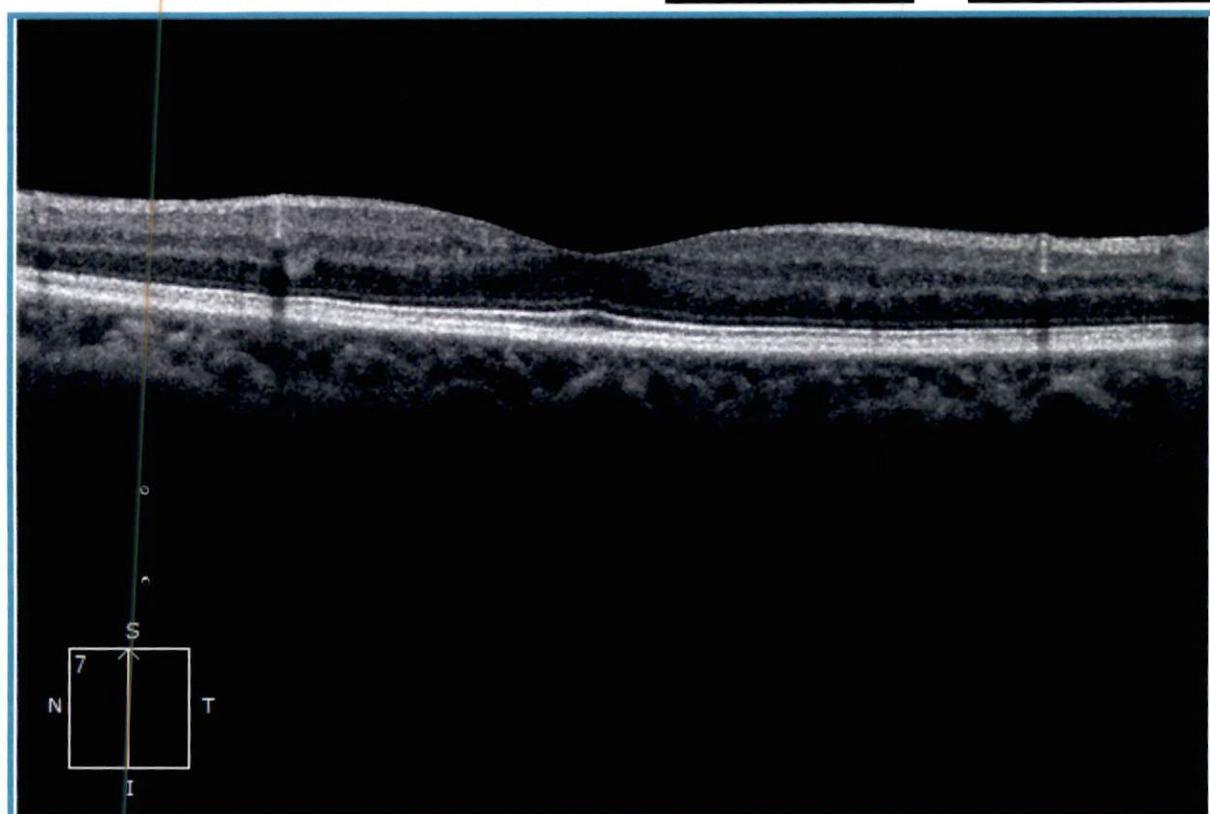
OD OS

Longueur: 6 mm



8

9



Commentaires

Signature du médecin

SW Ver: 9.0.0.281
Copyright 2015
Carl Zeiss Meditec, Inc
All Rights Reserved
Page 1 sur 1

Nom:

CHAKIK, HABIBA

OD

OS



ID:

CZMI143615977

Date d'examen:

11/07/2020

CLINIQUE FRANCEVILLE

Date de naissance:

26/10/1967

Heure de l'examen:

12:40

12:42

Sexe:

Unknown

Numéro de série:

5000-6852

5000-6852

Technicien :

EL HOUARI, GHIZLANE

Puissance du signal:

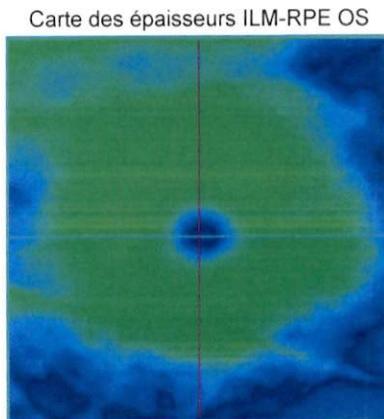
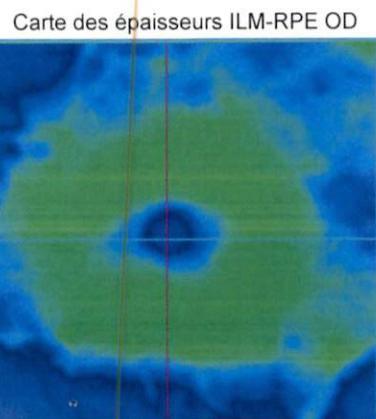
9/10

9/10

Épaisseur maculaire OU : Macular Cube 512x128

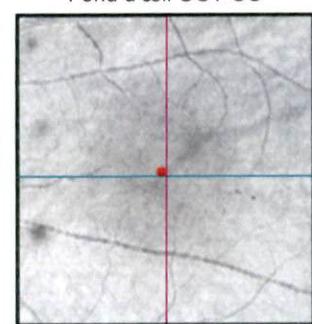
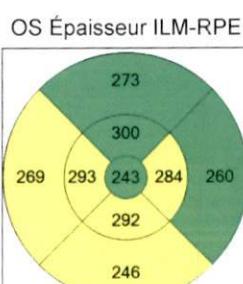
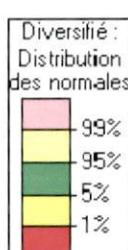
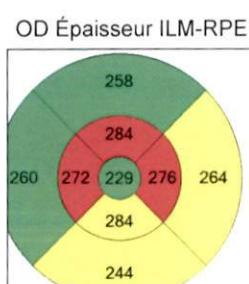
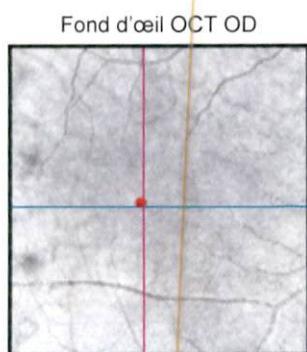
OD

OS



Fovéa : 232, 67

Fovéa : 259, 67



ILM - RPE

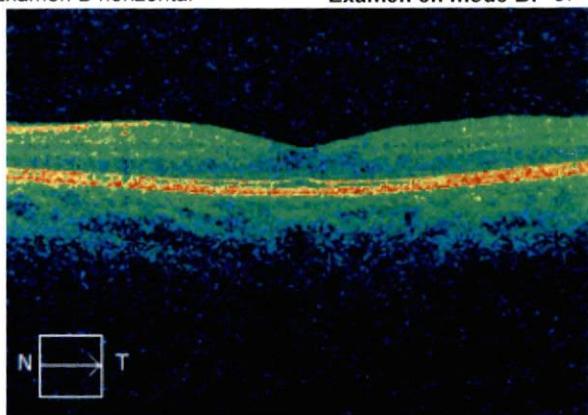
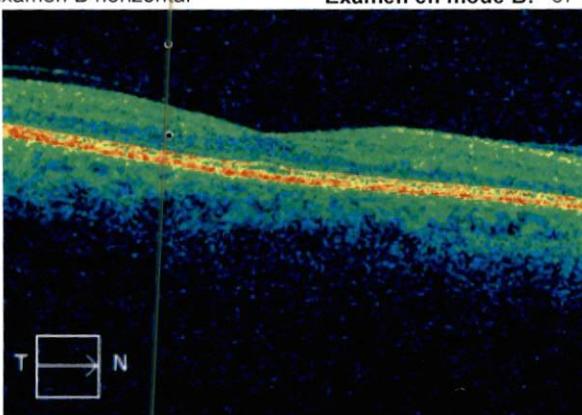
	OD	OS
Épaisseur Sous-zone centrale (μm)	229	243
Volume (mm ³)	9,2	9,4
Moy Épaisseur (μm)	254	262

Examen B horizontal

Examen en mode B: 67

Examen B horizontal

Examen en mode B: 67



Commentaires

Signature du médecin

SW Ver: 9.0.0.281
Copyright 2015
Carl Zeiss Meditec, Inc
All Rights Reserved
Page 1 sur 1

Établissement:

Service:

Adresse:

Médecin opérant:

Opérateur:

Commentaire:

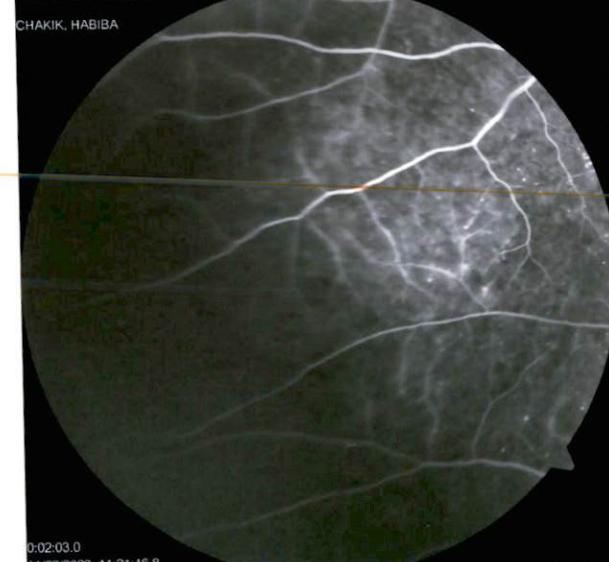
FA 0:31.7 OD 45° 11/07/2020

FA



FA 2:03.0 OD 45° 11/07/2020

FA



CLINIQUE FRANCEVILLE

Ophthalmologie

Patient:

Date de naissance:

Patient No.:

Médecin traitant:

CHAKIK, HABIBA

26/10/1967



FA 1:01.2 OD 45° 11/07/2020

FA



FA 2:33.7 OD 45° 11/07/2020

FA



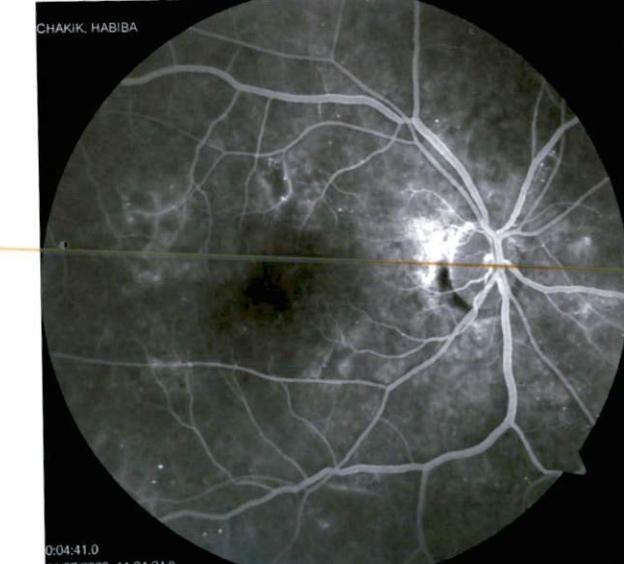
FA 1:39.0 OD 45° 11/07/2020

FA



FA 4:41.0 OD 45° 11/07/2020

FA



Établissement:
Service:
Adresse:
Médecin opérant:
Opérateur:
Commentaire:

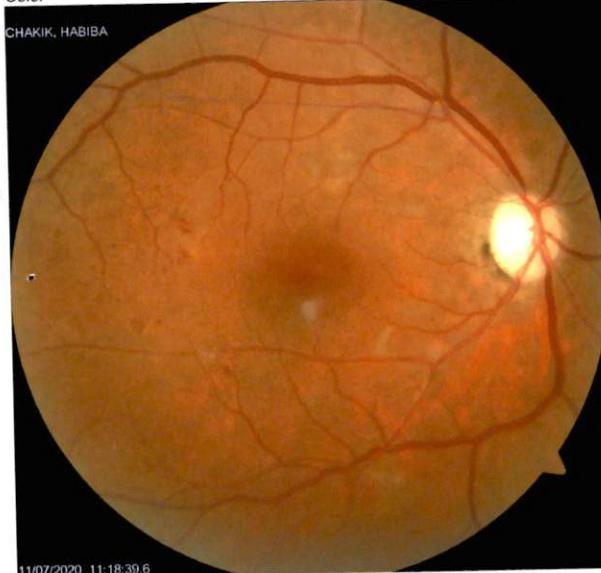
CLINIQUE FRANCEVILLE
Ophtalmologie

Patient:
Date de naissance:
Patient No.:
Médecin traitant:

CHAKIK, HABIBA
26/10/1967



Couleur OD 45° 11/07/2020
Color



Vert OD 45° 11/07/2020
Green



Couleur OS 45° 11/07/2020
Color



Vert OS 45° 11/07/2020
Green



Établissement:
Service:
Adresse:
Médecin opérant:
Opérateur:
Commentaire:

CLINIQUE FRANCEVILLE
Ophtalmologie

Patient:
Date de naissance:
Patient No.:
Médecin traitant:

CHAKIK, HABIBA
26/10/1967



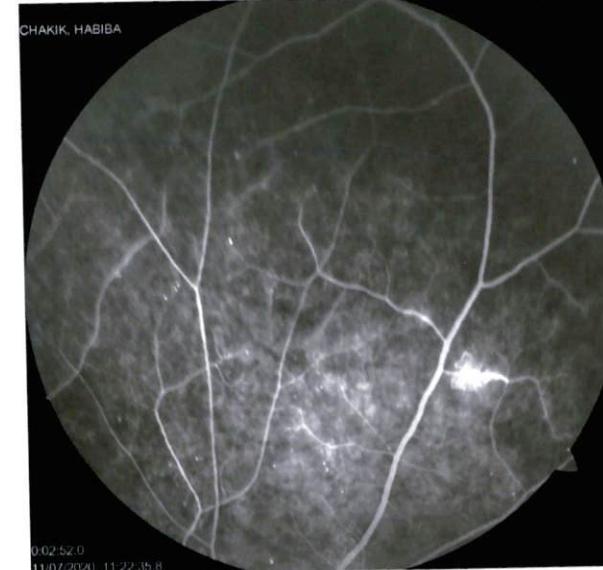
FA 0.39.4 OS 45° 11/07/2020

FA



FA 2.52.0 OS 45° 11/07/2020

FA



FA 3:11.0 OS 45° 11/07/2020

FA



FA 3:25.8 OS 45° 11/07/2020

FA



FA 3:40.5 OS 45° 11/07/2020

FA



FA 4:50.6 OS 45° 11/07/2020

FA

