

# 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.

## Diagnostique 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

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 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° P19- 065776

ND 43107

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8350 Société : RAM SN  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : RIM KHI220U  
Date de naissance : 08-11-1995  
Adresse : Sidi Maarouf, Lot charaf N° 98  
Tél. : 0664 062 290 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /  
Nom et prénom du malade : KHI220U Rim Age : 35  
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 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 / 2020

Signature de l'adhérent(e) :



# 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
19-09-2015	ES		300,00	
15-09-2015	fract. clm. z.		800,00	
15-09-2015	fract. m. l. z.			

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

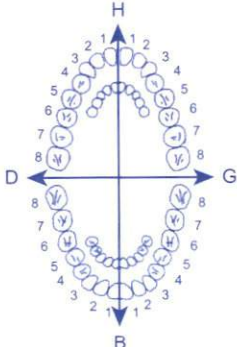
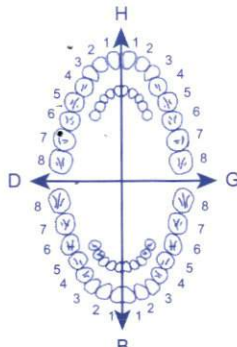
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;">             H              25533412              00000000              D           </div> <div style="text-align: center;">             21433552              00000000              G              00000000              35533411              B           </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
				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

**CENTRE DES MALADIES  
ET CHIRURGIE DES YEUX**

Al Qods Californie

**Dr Hanane MAZZOUZ**

**Ophthalmologiste**

Diplômée de chirurgie de la cataracte,  
chirurgie réfractive et Lasers de  
l'université Victor Segalen de Bordeaux

Diplôme de surface oculaire  
de l'université François Rabelais, Tours  
Chirurgie des voies lacrymales

Adaptation des lentilles de contact souples et rigides  
Membre de la société française d'ophtalmologie



**مركز طب وجراحة العيون**  
القدس كاليفورنيا

**الدكتورة حنان مزوز**

أخصائية في أمراض وجراحة العيون

دبلوم جراحة الجلالة و الليزر

وتقويم البصر من جامعة فيكتور سكالين بوردو

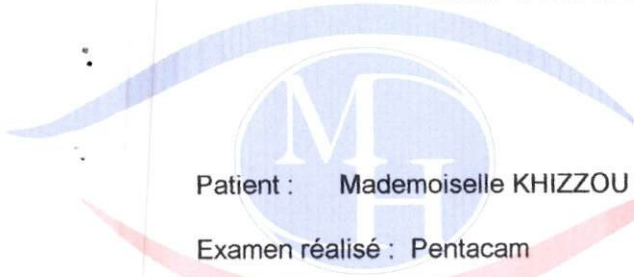
العدسات الصلبة والليثة

جراحة مجاري الدمع

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض وجراحة العيون



**Note d'honoraires**



Patient : Mademoiselle KHIZZOU Rim

Examen réalisé : Pentacam

Honoraires médecin : 800.00 Dh ( Huit cents dirhams)



Tél : 0 522 522 526 - GSM: 07 70 85 14 88

511 شارع القدس، إقامة القدس كاليفورنيا، الطابق الثاني - الدار البيضاء

511, Bd Al Qods, Résidence Al Qods Californie, 2<sup>ème</sup> étage - Casablanca

E-mail: ophthalmomazzouz@gmail.com - ICE: 001649317000074 - CNSS: 5874476 - INPE: 091166421

F A C T U R E

N° : 3246 du 15/09/2020

Médecin traitant : DR. MAZZOUZ HANANE

PENTACAM

Nom du patient	Modalité de paiement	Période hospitalisation
Mme KHISSOU RIM	PAYANT	15/09/20 15/09/20

Désignations des prestations	Lettres Clé	Nbre	Prix unitaire	Montant DH
FRAIS CLINIQUE PENTACAM		1,00	400,00	400,00
			Sous/Total	400,00
			Total clinique	400,00

Arrêtée à la somme de : QUATRE CENTS DIRHAMS	TOTAL GENERAL	400,00
Encaissé esp. 400,00	Encaissé chèque	Total 400,00 Solde

CLINIQUE NOUR  
D'OPHTALMOLOGIE  
25, Route des Facultés K  
(ex. Route El Jadida) - Casablanca  
Tél : 05 22 23 49 89 - Fax : 05 22 23 49 87  
E-mail : cliniquenour01@gmail.com - INPE : 090060914  
Patente : 36350533 - I.F. : 40143077 - CNSS : 8282733  
I.C.E. : 001685652000087

25, Route des Facultés (ex. Route El Jadida)

Lotissement Gnymer, Oasis - Casablanca

Tél.: 05 22 23 49 89 LG - Fax : 05 22 23 49 87

E-mail : cliniquenour01@gmail.com - INPE : 090060914

Patente : 36350533 - I.F. : 40143077 - CNSS : 8282733

I.C.E. : 001685652000087

AttijariWafaBank : Agence Avenue 2 Mars - RIB : 007 780 0001227000000605 67



INPE 090060914

25. طريق الجامعات (طريق الجديدة سابقا)

تجزئة كنيمر-الوايزيس - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 23 49 89 LG - الفاكس : 05 22 23 49 87

البريد الإلكتروني : cliniquenour01@gmail.com - روم م ص : 090060914

الباتنتا : 36350533 - تج : 40143077 - ص و ض ج : 8282733

م.م.ش : 001685652000087

التجاري و افنا بنك : وكالة محج 2 مارس - التعريف البنكي :



**CENTRE DES MALADIES  
ET CHIRURGIE DES YEUX**

Al Qods Californie

**Dr Hanane MAZZOUZ**

**Ophthalmologiste**

Diplômée de chirurgie de la cataracte,  
chirurgie réfractive et Lasers de  
l'université Victor Segalen de Bordeaux  
Chirurgie des voies lacrymales  
Adaptation des lentilles de contact souples et rigides  
Membre de la société française d'ophtalmologie



**مركز طب وجراحة العيون**  
القدس كاليفورنيا

**الدكتورة حنان مزوز**

الخصاصة في أمراض وجراحة العيون

دبلوم جراحة الجلابة و الليزر  
وتقويم البصر من جامعة فيكتور سكالين ببوردو  
العدسات الصلبة والليننة  
جراحة مجاري الدمع  
عضو الجمعية الفرنسية لأمراض وجراحة العيون

**PENTACAM**

Patient (e) : Mademoiselle KHIZZOU Rim

Date de naissance : 08/11/1995

Date de l'examen : 15/09/2020

**Oeil droit :**

Face ant : R1 = 7.76mm R2 = 7.26mm Rm = 7.51mm

Kmax = 47.0 D

Pachy min = 515 µ

>> Kératocone stade 1

**Oeil gauche :**

Face ant : R1 = 7.84mm R2 = 7.21mm Rm = 7.53 mm

Kmax = 47.1D

Pachy min = 523 µ

>> Kératocone stade 1

  
**Dr Hanane MAZZOUZ**  
OPHTALMOLOGISTE  
511 Bd Al Qods - Casablanca  
Tél : 0 522 522 526

Tél : 0 522 522 526

511 شارع القدس، إقامة القدس كاليفورنيا، الطابق الثاني، الشقة 18 - الدار البيضاء (قبالة رونو- داسيا)  
511, Bd Al Qods, Résidence Al Qods Californie, 2<sup>ème</sup> étage, app 18 - Casablanca (En face de Renault Dacia)  
E-mail: ophtalmomazzouz@gmail.com