

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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.

Education :

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

Nº P19-

065776

ND 43107

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8350 Société : RAM SN

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : RIM KHIZZOU

Date de naissance : 08-11-1995

Adresse : Sidi Maârouf, lot chaf N° 98

Tél. : 0664.062290 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Khiuzzou Rim Age : 26

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : OCT. 2020

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) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| | | | | |
|-----------------|------------------|-----------------------|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Dates des Actes | Nature des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
| 15/09/2023 | Actes cliniques | Rebatoche | 300,00 | Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins. |
| 15-09-2023 | Frais médicaux | | 800,00 | Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de |

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 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 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 |
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | MONTANTS DES SOINS |
| | H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 | G 21433552 00000000 G 00000000 11433553 | B | DATE DU DEVIS |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | 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 Califorrie

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

(الصادقة في أمراض وجراحة العيون)

دبلوم وجراحة الجلالة والليزر

وتقدير البصر من جامعة فيكتور سكانين ببوردو

العدسات الصلبة واللينة

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, 2nd étage - Casablanca

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

CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE



مصححة النور للاعبيون

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 KHIZZOU 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 : | | TOTAL GENERAL | 400,00 |
| QUATRE CENTS DIRHAMS | | | |
| Encaissé esp. | Encaissé chèque | Total | Solde |
| 400,00 | | 400,00 | |

25, Route des Facultés (ex. Route El Jadida)
Lotissement Gnymer, Oasis - Casablanca

Tél : 05 22 23 49 89 | G. - Fax : 05 22 23 49 87

Tel.: 05 22 23 49 89 LG - Fax : 05 22 23 49 87
E-mail : cliniquepour91@gmail.com INRS : 0

E-mail : cliniquenour01@gmail.com - INPE : 090060914
Ratonto : 36356532 - LE : 46143077 - CNSS : 3688722

Patente : 36350533 - I.F. :

I.C.E. : 001685652000087

التجاري وفا بنك : وكالة مجمع 2 مارس - التعریف البنكی : AttijariWafaBank Agence Avenue 2 Mars - RIB : 007 780 000122700000605 67



INPE 090060914

25 . طريقة الحاميات (طريقة الحديدة سابقاً)

تحفة كعب - الوازى - الدار السخاء

الهاتف : ٠٥٢٢٣٤٩٨٩ - الفاكس : ٠٥٢٢٣٤٩٨٧

الهاتف : ٠٥٢٢٢٣٤٩٨٩ - LG - الماكس : ٠٥٢٢٢٣٤٩٨٧ - البريد الإلكتروني : cliniquenour01@gmail.com - رقم حساب : ٩٩٠٦٩٩١٤

البريد الإلكتروني : cliniquehoulf@gmail.com - رقم مص - 8282733 - 36350533 - 10113077

م.م.ش : 001685652000087



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
Tel: 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^{ème} étage, app 18 - Casablanca (En face de Renault Dacia)

E-mail: ophtalmomazzouz@gmail.com