

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.

Pharmacie :

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.

Optique :

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.

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

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



Déclaration de Maladie

N° M20- 0000792

63765

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2371

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : TAUHAMI MOHAMED

Date de naissance : 12/02/1951

Adresse : Route El Jadida Res RAM IMM 6

APPT 602 Casablanca

Tél. : 0661834452

Total des frais engagés : 1455,70 DH

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04/03/2021

Nom et prénom du malade : TAUHAMI Mohamed

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection chronique

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 : 04/03/2021

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

Pharmacie M. HIND LAKHIMIRI
Docteur en Pharmacie
400, Route d'El Jadida
CASABLANCA
Tél: 022.53.85.97 - Fax: 022.95.10.10

04/03/2011 255,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

04/03/2011 Radiographie 850 DH
Radiographie 350 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien Date des Soins Nombre Montant détaillé des Honoraires

AM PC IM IV

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

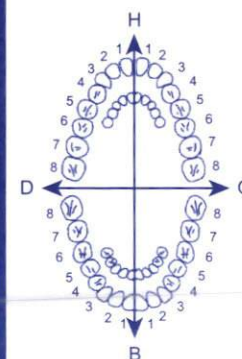
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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

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

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

le mercredi 3 mars 2021

Monsieur Mohamed TOUHAMI

2022-09
LOT 202064
180,00
1800H
PPC:
Zalerg 0.25 w/g
Lot / Lab / EXP
2N37
05 2020
05 2022

25,70 DANS LES DEUX YEUX :

- ZALERG COLLYRE : 1 Goutte x 2 / j pendant 2 mois

- HYLOGEL
1 Goutte X 4 / J pendant 2 mois

T. 255,70

Pharmacie MIMOSA
Hind LAKHMIRI
Docteur en Pharmacie
400, Route El Jadida
CASABLANCA
Tél: 022.98.86.97-Fax: 022.98.24.76

Dr. HASSA Mounia
Ophtalmologiste
CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE (H.W.)
25, Route des Facultés - Lot Gnymer Oasis
Casablanca - Tél: 0522 23 49 89 LG

CLINIQUE NOUR
D'OPHTALMOLOGIE
25, Route des Facultés (H.W.)
ex Route El Jadida, Oasis Casablanca
Tél: 0522 23 49 89 LG - Fax: 0522 23 49 87

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 : التعريف البنكي : 007 780 0001227000000605 67



INPE 090060914

25, طريق الجامعات (طريق الجديدة سابقا)
تجزئة كنيمر-الوازييس - الدار البيضاء

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

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

الباقتا : 36350533 - تج : 40143077 - صوضج : 8282733

م.ش : 001685652000087

التجاري وافي بنك : وكالة محج 2 مارس - التعريف البنكي : 007 780 0001227000000605 67

le jeudi 4 mars 2021

ANGIOGRAPHIE RETINIENNE NUMERISEE
A LA FLUORESCEINE

Patient : Monsieur Mohamed TOUHAMI

ŒIL DROIT :

Dusen colloïde
AEP maculaire avec DEP
Diffusion de colorant dans la région maculaire aux temps tardifs

ŒIL GAUCHE :

Dusen colloïde
AEP maculaire avec DEP
Diffusion de colorant dans la région maculaire aux temps tardifs

>> DMLA exsudative ODG

Dr. BOUKHARISSA Mounia
Ophtal-mologue
CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE (H.W.)
25, Route des Facultés - Casablanca - Tél: 05 22 23 49 89 LG



INPE 090060914

Docteur BOUKHRISSA Mounia

Ophtalmologiste

Diplômée de la Faculté de Médecine
de Paris

Chirurgie de cataracte • Maladies rétinienne
Strabisme • Laser • Echographie • Angiographie
Lentilles de contact



الدكتورة بوخرissa مونية

طبيبة العيون

خريجة كلية الطب
بباريس

جراحة الجلالة • أمراض الشبكية
الحول • الليزر • تصوير الشبكية
العدسات اللاصقة

le jeudi 4 mars 2021

NOTE D'HONORAIRES

A l'honneur de présenter à TOUHAMI Mohamed

Honoraire medecin ANGIOGRAPHIE RETINIENNE

350 Dhs

TROIS CENTS CINQUANTE (DIRHAMS)

et le prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués.

Cachet et signature

Dr. BoukhriSSA Mounia
Ophtalmologiste (H.W.)
25, Route des Facultés - Casablanca - Tél: 05 22 23 49 89 LG

CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE مصلحة النور للعيون

Clinique Nour d'Ophtalmologie 25, Route des Facultés,
Oasis, Lot Gnymer - Casablanca, Téléphone: 05 22 23 49 89 LG
Fax: 05 22 23 49 87 - GSM: 06 82 90 23 86
E-mail: boukhriSSamounia@yahoo.fr

مصلحة النور للعيون : 25، طريق الجامعات،
الوايز، تجزئة كنيمر - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 23 49 89 LG
الفاكس : 05 22 23 49 87 - المحمول : 06 82 90 23 86
البريد الإلكتروني : boukhriSSamounia@yahoo.fr

F A C T U R E

N° : 1114 du 04/03/2021

Médecin traitant : DR. BOUKHRISSE MOUNIA

ANGIOGRAPHIE RETINIE-NR

Nom du patient	Modalité de paiement	Période hospitalisation
Mr TOUHAMI MOHAMED	PAYANT	04/03/21 04/03/21

Désignations des prestations	Lettres Clé	Nbre	Prix unitaire	Montant DH
FRAIS CLINIQUE ANGIO		1,00	850,00	850,00
			Sous/Total	850,00
			Total clinique	850,00

Arrêtée à la somme de :	TOTAL GENERAL	850,00
HUIT CENT CINQUANTE DIRHAMS		
Encaissé esp. 850,00	Total 850,00	Solde

CLINIQUE NOUR
D'OPHTALMOLOGIE
25, Route des Facultés (H.W.)
(ex Route l'El Jadida) Oasis Casablanca
Tél : 05 22 23 49 89 LG Fax : 05 22 23 49 87

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 - الوازيس - الدار البيضاء

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

البريد الإلكتروني : cliniquenour01@gmail.com - رقم مرس : 090060914

الباثنتا : 36350533 - تج : 40143077 - صوضج : 8282733

م.م.ش : 001685652000087

التجاري وafa بنك : وكالة محج 2 مارس - التعريف البنكي : 007 780 0001227000000605 67