

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 canalaire, 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 canalaire.

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.



Déclaration de Maladie

N° W21-696714

111627

co

Maladie

Dentaire

Optique

A

Matricule :

6937

Société :

RAJ

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Z. ZAKI

mostafa

Date de naissance :

28.11.1960

Adresse :

MOBROKA Rue 11 2-68 casab

Tél. :

066 1052145

Total des frais engagés

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

22/03/2014

Nom et prénom du malade :

Z. ZAKI

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfan

Nature de la maladie :

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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le :

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-696714

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

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
22/12/2023	Lyon Fille	000 1500 dh		INP : 03M41894

INP : 05M41f5

~~EXECUTION DES ORDONNANCES~~

Cachet du Pharmacien ou du Fourmeleur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE J. HADJA Drômes de Paris - Boulomé de Paris Pharmaciens : Dr. J. HADJA - Dr. M. HADJA - Casa 04	22/03/22	97.50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 :

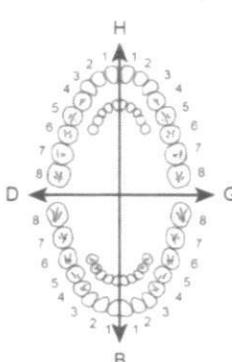
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : []
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

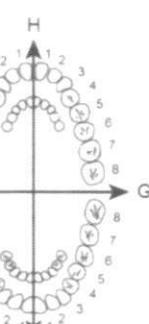
O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<p align="center">DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: none;">D</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: none;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> </tr> </table> <p align="center">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession</p>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		COEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div> MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div> DATE DU DEVIS <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div> DATE DE L'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D																		
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
G																		
																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE CASABLANCA
مصحة النور للعيون الدار البيضاء
• CNO •

22 mars 2022



Mr. ESSAKNI Mostafa

A instiller dans les deux yeux:

22,60

FLUCON. COLLYRE,



1 goutte 4 fois par jour pendant 10 jours

74,60 ZERODUE

1 goutte 4 fois / jour pendant 1 mois

ZIMAJ MEDICAL
PPC
74.60 DHS

97,20

DR ZIDI Mohamed
CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE
28, Angle des Palmiers et Route
des Facultés Oasys - S.N - Casablanca
Tel: 05 22 23 49 87 LG Fax: 05 22 23 49 87

CLINIQUE ACCUEIL
28, Angle des Palmiers et Route
des Facultés Oasys - S.N - Casablanca
Tel: 05 22 23 49 89 LG Fax: 05 22 23 49 87

PHARMACIE CLICHADA
253, Av. du 1er Novembre - Casablanca
Tél: 05 22 23 49 87
Pharmacie privée à l'entrée de Paris



INPE 090060914

28, Angle Rue des Palmiers et Route des Facultés , 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 Av. 2 Mars - RIB : 007 780 0001227000000605 67

cliniquenour01@gmail.com 28 . زاوية زنقة التخييل وطريق الجامعات ، الوازيس - الدار البيضاء . الهاتف : 05 22 23 49 87 • البريد الإلكتروني : 05 22 23 49 89 LG : 05 22 23 49 87

روهونص : 090060914 • الباتنة : 36350533 • تج : 40143077 • صوضج : 8282733 • م.م.ش: 001685652000087: وكالة محج 2 مادرس . التعريف البنك : 007 780 0001227000000605 67



CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE CASABLANCA
مصحة النور للعيون الدار البيضاء
• CNOC •

F A C T U R E

N° : 1930 du 22/03/2022

Médecin traitant : DR. ZIDI Mohamed

LASER ARGON (ODC)

Nom du patient	Modalité de paiement	Période hospitalisation
Mr ESSAKNI MOSTAFA	PAYANT	22/03/22 22/03/22

Désignations des prestations	Lettres Clé	Nbre	Prix unitaire	Montant DH
FRAIS CLINIQUE LASER		1,00	1 000,00	1 000,00
Sous/Total				1 000,00
Total clinique				1 000,00
DR. ZIDI Mohamed (oph)	K	1,00	500,00	500,00
Sous/Total				500,00
Total autres prestations				500,00

Arrêtée à la somme de :
MILLE CINQ CENTS DIRHAMS

TOTAL GENERAL 1 500,00

Encaissé esp	Encaissé chèque	Total	Solde
1 500,00		1 500,00	

ACC
CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE
28, Angle des Palmiers et Route des Facultés , Oasis - Casablanca
des Facultés Quasis - Casablanca
Tél: 05 22 23 49 87 - Fax: 05 22 23 49 87

CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE
28, Angle des Palmiers et Route
des Facultés Quasis - Casablanca
Tél: 05 22 23 49 85 LG - Fax: 05 22 23 49 87



INPE 090060914

28, Angle Rue des Palmiers et Route des Facultés , Oasis - Casablanca • Tél.: 05 22 23 49 87 • 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 Av. 2 Mars - RIB : 007 780 000122700000605 67

cliniquenour01@gmail.com • 05 22 23 49 87 • الفاكس : 05 22 23 49 89 LG • البريد الإلكتروني :

زنقة النخيل وطريق الجامعات ، الوازيس - الدار البيضاء • الهاتف : 05 22 23 49 87 • م.ش: 8282733 • موضوع :

رقم مص : 090060914 • الباتننا : 36350533 • تج : 40143077 • م.ش: 001685652000087 : وكالة محج 2 مارس • التعريف البنكي:



CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE CASABLANCA
مصحة النور للعيون الدار البيضاء
• CNO •

22/03/2022

Ordonnance

Mr. ESSAKNI Mostafa nécessite :

-Séance de Laser argon au niveau de l'oeil droit & gauche

M. ZIDI Mohammed
CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE
28, Angle des Palmiers et Route des Facultés
des Facultés d'Aïn Sefra - Casablanca
Tel: 05 22 23 49 89 LG / Fax: 05 22 23 49 91



INPE 090060914

28, Angle Rue des Palmiers et Route des Facultés , 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 • AttijariWafaBank : Agence Av. 2 Mars - RIB : 007 780 0001227000000605 67

زنقة التخييل وطريق الجامعات . الوازيس - الدار البيضاء • الهاتف: 05 22 23 49 87 • الفاكس: 05 22 23 49 89 LG • البريد الإلكتروني: cliniquenour01@gmail.com

روهمص 36350533 • تج: 40143077 • صورج: 8282733 • م.مش: 001685652000087 • التجاري وافقتك: وكالة مجمع 2 مارس • التعريف البنكي: 090060914 000122700000605 67