

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 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° W21-696730

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6037 Société : RAN

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ESKANI NASHAFA

Date de naissance : 23/11/1960

Adresse : 11 BROKA DEIN 268 casablanca

Tél : 066/052145 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05/04/2024

Nom et prénom du malade : ESKANI NASHAFA 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. J'ai 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° W21-696730

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 :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	05/04/2022	97,20

[illegible][illegible]

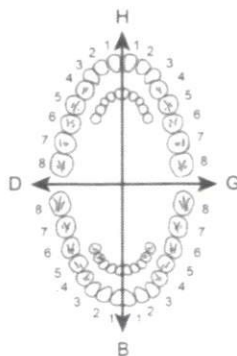
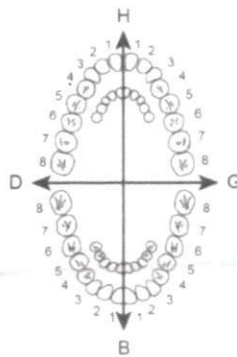
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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

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

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
					COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>									
					MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>									
					DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>									
					FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>									
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>									
	<table> <tr><th colspan="2">H</th></tr> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><th colspan="2">B</th></tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B			MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>	
	H														
	25533412	21433552													
	00000000	00000000													
	B														
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>														
					DATE DU DEVIS	<input type="text"/>									
					DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>									

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE



CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE CASABLANCA

مصحة النور للعيون الدار البيضاء

• CNOC •

05 avril 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

97.20



6 118001 070244
Flucon collyre de 3 ml
A.M.M. N° 103DMP/21/NCV
Laboratoires Sothema
PPV : 22,60 DHS
Remboursable AMO
406865

ACCUEIL
CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE
28, Angle des Palmiers et Route
des Facultés - OASIS - Casablanca
Tél: 05 22 23 49 89 LG / Fax: 05 22 23 49 87

Mohamed
CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE
28, Angle des Palmiers et Route
des Facultés - OASIS - Casablanca
Tél: 05 22 23 49 89 LG / Fax: 05 22 23 49 87

ZIMAJ MEDICAL
PPC
74.60 DHS

PHARMACIE CHOUHADA
253, Av. du 14 juillet - Casablanca
Tél: 05 22 37 24 11 / Fax: 05 22 38 09 06



INPE 090060914



CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE CASABLANCA

مصحة النور للعيون الدار البيضاء

• CNOC •

FACTURE

N° : 2303 du 05/04/2022

Médecin traitant : DR. ZIDI Mohamed

LASER ARGON (OP)

Nom du patient	Modalité de paiement	Période hospitalisat
Mr ESSAKNI MOSTAFA	PAYANT	05/04/22 05/04/22

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 :	TOTAL GENERAL	1 500,00
MILLE CINQ CENTS DIRHAMS		
Encaissé esp. 1 500,00	Encaissé chèque	Total Solde 1 500,00

ACCUEIL
CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE
28, Angle des Palmiers et Route
des Facutés Oualis - Casablanca
Tél : 05 22 23 49 89 LG / Fax : 05 22 23 49 87

ACCUEIL
CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE
28, Angle des Palmiers et Route
des Facutés Oualis - Casablanca
Tél : 05 22 23 49 89 LG / Fax : 05 22 23 49 87



INPE 090060914

28, Angle Rue des Palmiers et Route des Facutés, 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 • البريد الإلكتروني : 05 22 23 49 87 • الفاكس : 05 22 23 49 89 LG • الهاتف : 05 22 23 49 89 LG • الدار البيضاء • الوازيس - الدار البيضاء • زاوية زنقة النخيل وطريق الجامعات، الوازيس - الدار البيضاء • الهاتف : 05 22 23 49 89 LG • الفاكس : 05 22 23 49 87 • البريد الإلكتروني : 05 22 23 49 87

رومهمص : 090060914 • الباتنتا : 36350533 • تج : 40143077 • صوضج : 8282733 • م.م.ش : 001685652000087 • التجاري وافي بنك : وكالة محج 2 مارس • التعريف البنكي : 0012270000000605 67



CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE CASABLANCA

مصحة النور للعيون الدار البيضاء

• CNOC •

NOTE D'HONORAIRES

Le : 05/04/2022

Références : 2303 / Payant
Entrée / Sortie : 05/04/2022 - 05/04/2022

Le Docteur ZIDI Mohamed
OPH
Patente n° :
Adresse

a l'honneur de présenter Mr ESSAKNI MOSTAFA

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
500,00 Dhs (CINQ CENTS DIRHAMS)

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

Cachet et signature

DR ZIDI Mohamed
CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE
28, Angle des Palmiers et Route
des Facultés Oualis - Casablanca
PR : S.N
Tel : 05 22 23 49 89 LG / Fax : 05 22 23 49 87



INPE 090060914



CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE CASABLANCA

مصحة النور للعيون الدار البيضاء

• CNOC •

05/04/2022

COMPTE RENDU DE LASER

Mr. ESSAKNI Mostafa a bénéficié ce jour d'une séance de photo coagulation rétinienne au laser argon au niveau de l'oeil droit & gauche

Nous restons à votre disposition pour toute information complémentaire

Cordialement

DR ZIDI Mohamed
CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE
28, Angle des Palmiers et Route
des Facultés - Casablanca
Tél: 05 22 23 49 87 / Fax: 05 22 23 49 87



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

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

روممس : 090060914 • البانكا : 36350533 • ت.ج : 40143077 • ص.م.ش : 8282733 • م.م.ش : 001685652000087 • التجاري و افابنك : وكالة محج 2 مارس • التعريف البنكر : 36350533



CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE CASABLANCA

مصحة النور للعيون الدار البيضاء

• CNOC •

05/04/2022

Ordonnance

Mr. ESSAKNI Mostafa necessite :

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

DR ZID Mohamed
CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE
28, Angle des Palmiers et Route
des Facultés - OASIS - Casablanca
Tél: 05 22 23 49 87 LG / Fax: 05 22 23 49 87



INPE 090060914

28, Angle Rue des Palmiers et Route des Facutés , 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

زاوية زنقة النخيل وطريق الجامعات ، الوازيس - 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 • ت.ج : 40143077 • ص.وض.ج : 8282733 • م.م.ش : 001685652000087 • التجاري وفا بنك : وكالة محج 2 مارس • التعريف البريدي : 090060914