

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| O Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| O 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

111972

Coran

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6937

Société : RAA

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

E SSK XI masha

Date de naissance :

23/11/1960

Adresse :

asr Bokh Raa 11 258 eslam

Tél. :

066/052145

Total des frais engagés :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

05/04/2020

Nom et prénom du malade :

ESTERENI masha

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Hypertension

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

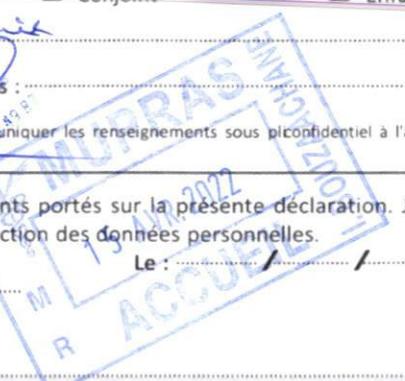
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'autre médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 05/04/2020

Signature de l'adhérent(e) :



### VOLET ADHÉRENT

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 :

### 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
05/04/2022	Anglo-nouvelles chambres d'agriculture et de commerce de Casablanca	Argan	1500 DA	INP : PS1141212574
				ACCUEIL DE LA ROUTE DE CASABLANCA
				28 AVENUE NOUVELLES CHAMBRES D'AGRICULTURE ET DE COMMERCE DE CASABLANCA TÉL : 05 22 23 49 87 / 05 22 23 49 87

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMA DU MAROC S.A.S. Pharmacie Universitaire de Casablanca - Casablanca 04 253, Av. du 1er Novembre 1955 - Casablanca - Maroc Tél : 05 22 37 34 11 Fax : 05 22 38 63 52	05/04/2022	97.20

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particier	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 :

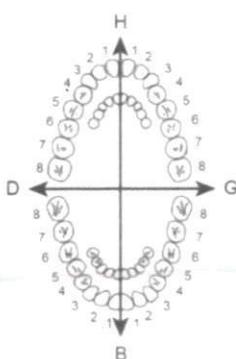
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [REDACTED]
				Coefficient des travaux [REDACTED]
				MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
				DEBUT D'EXECUTION [REDACTED]
				FIN D'EXECUTION [REDACTED]
				Coefficient des travaux [REDACTED]
				MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
				DATE DU DEVIS [REDACTED]
				DATE DE L'EXECUTION [REDACTED]

### O.D.F PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553
B	



### [Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE



CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE CASABLANCA

مصحة النور للعيون الدار البيضاء

• CNO •

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

57.20

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  
PHARMACEUTIQUE  
ZIMAJ MEDICAL  
PPC  
74.60 DHS

6 118001 070244

Flucon collyre de 3 ml  
A.M.M. N° 103DMP/21/NCV  
Laboratoires Sothema  
PPV : 22,60 DHS

Remboursable AMO  
406865



INPE 090060914

28, Angle Rue des Palmiers et Route des Facultés , Oasis - Casablanca • Tél.: 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 28، زاوية زنقة التخليل وطريق الجامعات، الوازيس - الدار البيضاء • الهاتف: 05 22 23 49 87 • البريد الإلكتروني: 05 22 23 49 87 • الفاكس: 05 22 23 49 89 LG

رقم متص : 090060914 • البايانت : 36350533 • تج : 40143077 • م.م.ش: 8282733 • متخصص: 001685652000087 • وكالة محج 2 مارس • التعريف البنك : 007 780 000122700000605 67



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

**F A C T U R E**

N° : **2303** du **05/04/2022**

Médecin traitant : DR. ZIDI Mohamed

LASER ARGON (O)

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

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

Arrêtée à la somme de : <b>MILLE CINQ CENTS DIRHAMS</b>	<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>1 500,00</b>
Encaissé esp. <b>1 500,00</b>	Total <b>1 500,00</b>	Solde

CLINIQUE ACCUEIL  
28, Angle des palmiers et Route des Facultés , Oasis - Casablanca  
des Facultés PR 28 N° 28  
Tél: 05 22 23 49 89 LG / Fax: 05 22 23 49 87

CLINIQUE ACCUEIL  
28, Angle des Palmiers et Route  
des Facultés PR 28 N° 28  
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

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

روهمص : 090060914 • الباتننا : 36350533 • تج : 40143077 • صرفيون : 8282733 • م.م.ش: 001685652000087 : التجاري وافق بنك: وكالة مجمع 2 مارس • التعريف البنكي: 090060914



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

**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 Oasis - Casablanca  
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**  
• CNO •

05/04/2022

**COMPTE RENDU DE LASER**

Mr. ESSAKNI Mostafa a bénéficié ce jour d'une séance de photo coagulation rétinnienne 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 Quassis - Casablanca  
Tel : 0522234989 LG / Fax : 0522234987



INPE 090060914



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

05/04/2022

**Ordonnance**

Mr. ESSAKNI Mostafa nécessite :

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

DR ZIDI 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



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

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

روم مص: 090060914 • الباتننا: 36350533 • تج: 40143077 • صونج: 8282733 • م.م.ش: 001685652000087: وكالة ماج 2 مارس • التعريف: 11-11-2014