

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 canaux, 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 canaux.

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° M21- 0037708

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1679 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : AKKAZENE Mohamed

Date de naissance : 01.01.1954

Adresse : Lotissement Zahra Rue 8 n°1

Aï Chok Casa.

Tél. : 0667164605 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/06/2022

Nom et prénom du malade : AKKAZENE Mohamed

Age : 01.01.1954

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Page 2 P.O.D

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 : Casa


Le : 07/07/22

Signature de l'adhérent(e) :

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
21-06-2022	Frais clinique	400		
	Frais Médical	1600,5		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/06/22	380,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

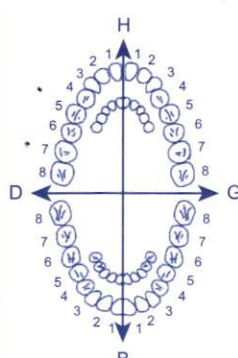
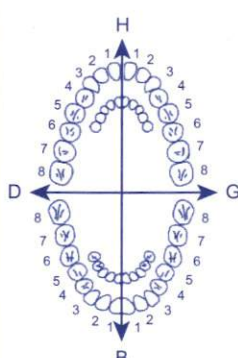
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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 COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE CASABLANCA

مصحة النور للعيون الدار البيضاء

• CNOC •

21 juin 2022

Mr. AKKAZENE Mohamed

91,50

ALPHAGAN. COLLYRE

1 goutte 2 fois par jour, dans l'œil droit, pendant 10 jours

7710

DEXAFREE UNIDOSES

1 goutte 4 fois par jour, dans l'œil droit, pendant 10 jours

135,00

EOL DUAL

1 goutte 4 fois, dans l'œil droit, pendant 1 Mois

PPC: 135,00

E05 21
10/2024



HANANE MAZZOUZ
OPHTHALMOLOGISTE
1 AL Oudis - Casablanca
Tél: 05 22 23 49 89 LG / Fax: 05 22 23 49 87

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

INP

092046754

Pharmacie Oued EL Makthazine
Mohamed Amine BENNANI
Docteur en Pharmacie
1, Lot Oued EL Makthazine - Oasis - Casablanca
Tél: 05 22 52 70 17 / Email: bennani.ami@gmail.com



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

007 780 0001227000000605 67 • رقم مرس، الباتنتا، 36350533 • تج، 40143077 • صوضج، 8282733 • م.م.ش : 001685652000087 • التجاري وانا بنك: وكالة محج 2 مارس • التمريرف البنكي: 007 780 0001227000000605 67



Dexafree 1 mg/ml

Collyre en solution en récipient unidoso

Boîte de **30** récipients unidosos de 0,4 ml

ديكسافري 1 ملغ/مل

محلول قطرات العين في وعاء أحادي الجرعة

علبة تحتوي على **30** وعاء أوعية أحادي الجرعة بسعة 0,4 مل.

Sans conservateur

بدون مواد حافظة

Théa

التركيبة **AR**

فوسفات الديكساميثازون 1 ملغ
في شكل فوسفات الصودي
الديكساميثازون ل 1 مل من المحلول.

قائمة السواغ

ايديتات ثنائي الصوديوم، فوسفات ثنائي الصوديوم
الاثنى عشر الاماهة، كلوريد الصوديوم و ماء
لتحضير الحقن
عن طريق العين.



DEXAFREE 1 mg/ml

Collyre 0,4 ml - PPV : 77,10 DH

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,
20 110 Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

FR COMPOSITION

Phosphate de dexaméthasone..... 1 mg
Sous forme de phosphate sodique de
dexaméthasone pour 1 ml de solution.

LISTE DES EXCIPIENTS

Edétate disodique, phosphate disodique
dodécahydraté, chlorure de sodium, eau pour
préparations injectables.

usage ophtalmique.



Dexafree 1 mg/ml

Collyre en solution en récipient unidose

Boîte de **30** récipients unidoses de 0,4 ml

ديكسافري 1 ملغ/مل

محلول قطرات العين في وعاء أحادي الجرعة

علبة تحتوي على **30** وعاء أوعية أحادي الجرعة بسعة 0,4 مل.

Sans conservateur

بدون مواد حافظة

Théa

التركيبة **AR**

فوسفات الديكساميتازون 1 ملغ
في شكل فوسفات الصودي
الديكساميتازون ل 1 مل من المحلول.

قائمة السواغ

ايديتات ثنائي الصوديوم، فوسفات ثنائي الصوديوم
الاثنى عشر الاماهة، كلوريد الصوديوم و ماء
لتحضير الحقن
عن طريق العين.



DEXAFREE 1 mg/ml

Collyre 0,4 ml - PPV : 77,10 DH

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,
20 110 Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI



FR COMPOSITION

Phosphate de dexaméthasone 1 mg
Sous forme de phosphate sodique de
dexaméthasone pour 1 ml de solution.

LISTE DES EXCIPIENTS

Edétate disodique, phosphate disodique
dodécahydraté, chlorure de sodium, eau pour
préparations injectables.
ie ophtalmique.



CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE CASABLANCA

مصحة النور للعيون الدار البيضاء

• CNOC •

F A C T U R E

N° : 3858 du 21/06/2022

Médecin traitant : DR. MAZZOUZ HANANE

LASER IP

Nom du patient	Modalité de paiement	Période hospitalisation	
Mr AKKAZENE MOHAMED	PAYANT	21/06/22	21/06/22

Désignations des prestations	Lettres Clé	Nbre	Prix unitaire	Montant DH
FRAIS CLINIQUE LASER		1,00	400,00	400,00
			Sous/Total	400,00
Total clinique				400,00

DR. MAZZOUZ HANANE (ophtalmologiste)	K	1,00	1 600,00	1 600,00
			Sous/Total	1 600,00
Total autres prestations				1 600,00

Arrêtée à la somme de : DEUX MILLE DIRHAMS				TOTAL GENERAL	2 000,00
Encaissé esp.	Encaissé chèque	Total	Solde		
2 000,00		2 000,00			

ACCUEIL
CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE
28, Angle Rue des Palmiers et Route
des Facultés Oualis - 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 : 34751148 • I.F. : 40143077 • CNSS : 8282733 • I.C.E. : 002209107000090 • 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

روميس : 090060914 • الباتنتا : 34751148 • تج : 40143077 • صوضج : 8282733 • م.م.ش : 002209107000090 • التجاري واذا بنك : وكالة محج 2 مارس • التعريف البنكي : 007 780 0001227000000605 67



CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE CASABLANCA

مصحة النور للعيون الدار البيضاء

• CNOC •

NOTE D'HONORAIRES

Le : 21/06/2022

Références : 3858 / Payant

Entrée / Sortie : 21/06/2022 - 21/06/2022

Le Docteur **MAZZOUZ HANANE**

ophtalmologiste

Patente n° :

Adresse

a l'honneur de présenter à Mr **AKKAZENE MOHAMED**

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de

1 600,00 Dhs (MILLE SIX CENTS DIRHAMS)

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

Dr Hanane MAZZOUZ
Ophtalmologiste
511 Bd Al Oudj - Casablanca
Tél: 05 22 23 49 87

Cachet et signature



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 : 34751148 • I.F. : 40143077 • CNSS : 8282733 • I.C.E : 002209107000090 • AttijariWafaBank : Agence Av. 2 Mars - RIB : 007 780 0001227000000605 67

28, 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 • البانك : 34751148 • ت.ج : ص.و.ج : 8282733 • م.م.ش : 002209107000090 • التجاري وأهنا بنك : وكالة محج 2 مارس • التعريف البنكي : 007 780 0001227000000605 67

**CENTRE DES MALADIES
ET CHIRURGIE DES YEUX**

Al Qods Californie

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 كالفورنيا)

الدكتورة حنان مزوز

استشارية في أمراض وجراحة العيون

دبلوم جراحة الجلابة و الليزر

وتقويم البصر من جامعة فيكتور سكالين بوردو

العدسات الصلبة واللينية

جراحة مجاري الدمع

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض وجراحة العيون

21-06-2028

Compte rendu

N° Akhazen Johana
Inidectomie periphérique oil de
Au laser argon plus Yag



Tél : 0 522 522 526 - GSM: 07 70 85 14 88

511 شارع القدس، إقامة القدس كالفورنيا، الطابق الثاني - الدار البيضاء

511, Bd Al Qods, Résidence Al Qods Californie, 2^{ème} étage - Casablanca

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



21-06-2022

N° Akkazez Mohamed

présente au niveau des Yeux

Un angle irido-lancéen étroit

nécessitant une IP (iridectomie


périphérique) au niveau des Yeux.

Ron d'IP au Niveau de

Noël doit le 21-06-2022.

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le 20 / 06 / 2022

A REMPLIR PAR L'ADHERENT	
Matricule : 1679	e-mail : Mahkaze@supnet.ma Phones : 0667164605
Nom et Prénom de l'adhérent : AKKAZENE Mohamed	
Nom et Prénom du bénéficiaire :	
A REMPLIR PAR LE PRATICIEN	
Je soussigné : Dr. Mazzer	
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M.	
Nécessite : Une tridectomie périphérique au 1er	
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)	
Une hospitalisation de (approximatif)	
A (préciser l'établissement hospitalier)	
STRICTEMENT CONFIDENTIEL	
Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS):	
Angle Uldo-Corne droit OR Boi UBN	
Cachet, date et signature du praticien	 Dr. Hanane MAZZOUZ OPHTALMOLOGISTE Bd Al Qods - Casablanca Tel 0522 522 546
A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS	
Décision :	

N.B. cette demande d'accord préalable doit être adressée, mailée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.

Dr Mouhssine D'KHISSY

Ophtalmologiste

Professeur - Assistant au CHU Ibn Rochd

Attestation de formation spécialisée approfondie

Université de Nantes

Maladie et chirurgie des yeux

ECHOGRAPHIE - Angiographie - Laser



الدكتور الدخيسي محسن

طب العيون

أستاذ مساعد بمستشفى ابن رشد

الدار البيضاء

أمراض وجراحة العيون

Casablanca, le 03 MARS 2022

Nom : AKKAZENE

Prénom : MOHAMED

Médecin traitant : DR MAZZOUZ HANANE

RENSEIGNEMENT CLINIQUE :

COMPTE RENDU UBM / EXAMEN REALISE EN AMBIANCE SCOTOPIQUE

Oeil Droit :

SONDE 50 MHZ

Profondeur de chambre antérieure centrale = 2.80 mm

Flèche cristalinienne : 310 microns

Angle irido cornéen ETROIT non occludable sur tous les quadrants

Absence de configuration d'iris plateau

Oeil Gauche :

SONDE 50 MHZ

Profondeur de chambre antérieure centrale = 2.62 mm

Flèche cristalinienne : 460 microns

Angle irido cornéen ETROIT non occludable sur tous les quadrants

Absence de configuration d'iris plateau

Dr Mouhssine D'KHISSY
Ophtalmologiste
400, Bd Brahim Roudani, 2e Etage
Tél: 0522.25.48.88 / Fax: 0522.25.70.88
CASABLANCA