

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

- 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

M22- 0027314

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **2465**

Société :

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **22/07/2022**

Nom et prénom du malade : **HALLAoui Abdellah** Age:

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : Le : /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNPD N° : A-A-215 / 2019

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
22/07/2022	FS dupie lant	400 DH		
	FS tele lant	200 DH		BOUZI, M. Inane Ophtalmologiste MM 13, 1 ^{er} Bou Aou Bakr El Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Pan... Elie... Kadir... Montant de la Facture

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	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

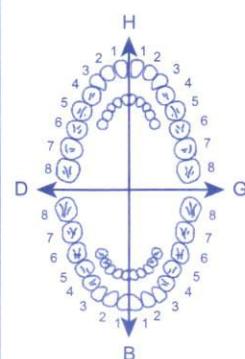
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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
35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Imane BOUZIANE

Ophtalmologiste

Lauréate de la faculté de médecine de Casablanca

Diplômée en imagerie et pathologies rétiniennes de Paris



الدكتورة إيمان بوزيان

طب و جراحة العيون

خريجة كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء

دبلوم في تصوير و أمراض شبكيّة العين

باريس - فرنسا

ORDONNANCE Compte rendu

Traitemennt par laser

Patient(e) :Mr. HARAOUI Abdallah

Diagnostic : Rétinopathie diabétique

Type de laser : ARGON

	ŒIL DROIT
Nombre d'impacts	400
Diamètre d'impacts	200 µm
Puissance d'impacts	180 - 200 MW
Région traitée	superieur

Dr. BOUZIANE Imane
Ophthalmologiste
Panorama Office, Immeuble 13, 1er étage, Bureau 2 Bd Abou Bakr El Kadiri, Sidi Maarouf - Casablanca

مكاتب بلووراما، عمارة 13، الطابق الأول، مكتب 2، شارع أبو بكر القادي، سيدى معروف - الدار البيضاء

Projet Panorama Office, Immeuble 13, 1er étage, Office 2, Bd Abou Bakr El Kadiri, Sidi Maarouf - Casablanca

Tél : 05 22 58 15 86 - ICE : 002464357000093 - INPE : 091239665



CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE CASABLANCA
مصحة النور للعيون الدار البيضاء

F A C T U R E

N° : 4477 du 22/07/2022

Médecin traitant : DR. BOUZIANE IMANE

LASER ARGON

Nom du patient	Modalité de paiement	Période hospitalisatio...
Mr HARAQUI ABDALLAH	PAYANT	22/07/22 22/07/22

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. BOUZIANE IMANE (ophtalmologiste)	K	1,00	800,00	800,00
			Sous/Total	800,00
			Total autres prestations	800,00

Arrêtée à la somme de :		TOTAL GENERAL	1 200,00
MILLE DEUX CENTS DIRHAMS			
<i>Encaissé esp.</i>	<i>Encaissé chèque</i>	<i>Total</i>	<i>Solde</i>
1 200,00		1 200,00	

1 200,00

1 200,00



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 000122700000605 67
28، زاوية نخيل وطريق الجامعات ، الوازيس - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 23 49 89 LG • البريد الإلكتروني: cliniquenour01@gmail.com
الفاكس: 05 22 23 49 87 • الاتصال: 34751148 • تسلیم: 40143077 • صرف: 8282733 • حساب: 002209107000090 • التدفيف البنك: 007 780 000122700000605 67



CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE CASABLANCA

مصحة النور للعيون الدار البيضاء

• CNO •

NOTE D'HONORAIRES

Le : 22/07/2022

Références : 4477 / Payant
Entrée / Sortie : 22/07/2022 - 22/07/2022

Le Docteur **BOUZIANE IMANE**
OPHTALMOLOGISTE
Patente n° :
Adresse

a l'honneur de présenter Mr **HARAOUI ABDALLAH**

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
800,00 Dhs (HUIT CENTS DIRHAMS)

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

Cachet et signature

Dr. BOUZIANE Imane
Ophtalmologiste
Panorama Office, 14M 13th floor
Etage : Bureau 2 Bd Abou Bakr El
Kadri, Sidi Maarouf, Casablanca



INPE 090060914