

# 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

- Reclamation : 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2371

Société : RAM

Actif  Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Touhami MOHAMED

Date de naissance : 12/02/1951

Adresse : ROUTE EL JADIDA RES LES PALMIERS (RAM)

IMM 6 APP 602 CASA

Tél. : 06 61 83 44 52 Total des frais engagés : 1250 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

*Dr. Sara IDMANI  
CLINIQUE NOUR D'OPHTHALMOLOGIE  
28, Angle des Palmiers et Route  
des Facultés Oujda - Casablanca  
Tél: 05 22 23 49 89 LG Fax: 05 22 23 49 99*



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : Touhami Mohamed

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté : Dm CT femme

Nature de la maladie : Pathologie

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 : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

Le : ..... / ..... / .....

## 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
12.9.22	c.st.c2		gratuit	
				

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
ACCUEIL QUE NOUR D'UP Faculté des Sciences 33 49 89 61 G. Far. 05	06-9-22	FRais clinique oct	400,-
	06-9-22	FRais médical OCT	80,-

## AUXILIAIRES MEDICAUX

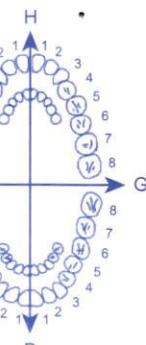
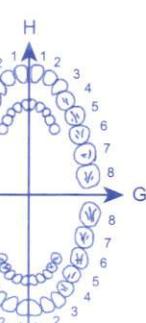
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## 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 <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" data-bbox="1587 930 1832 1077"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G																
		<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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 الدبار البيضاء  
• CNO •

COMPTE RENDU : OCT MACULAIRE

PATIENT: Mr. TOUHAMI Mohamed

Le: 06/09/2022

Age : 70 ans

Oeil droit:

Dépression fovéolaire:absente  
Décollement de l'EP

Oeil gauche:

Dépression fovéolaire:absente  
Décollement de l'EP  
DSR rétro fovéolaire

Dr. Sara IDMANE  
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 • Tel.: 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 زنقة التخييل و طريق الجامعات . الوازيس - الدار البيضاء • الهاتف: 05 22 23 49 87 • البريد الإلكتروني: cliniquenour01@gmail.com

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



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

06/09/2022

**Ordonnance**

Mr. TOUHAMI Mohamed nécessite :

-OCT MACULAIRE

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

Dr. Sara IDMAÏNE  
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



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

**F A C T U R E**

N° : 5183 du 06/09/2022

OCT

Médecin traitant : DR. IDMANE SARA

Nom du patient	Modalité de paiement	Période hospitalisation	
Mr TOUHAMI MOHAMED	PAYANT	06/09/22	06/09/22

Désignations des prestations	Lettres Clé	Nbre	Prix unitaire	Montant DH
FRANS CLINIQUE OCT		1,00	400,00	400,00
				<b>Sous/Total</b> 400,00
				<b>Total clinique</b> 400,00
DR. IDMANE SARA (ophtalmologiste )	K	1,00	800,00	800,00
				<b>Sous/Total</b> 800,00
				<b>Total autres prestations</b> 800,00

Arrêtée à la somme de :

MILLE DEUX CENTS DIRHAMS

Encaissé esp	Encaissé chèque	Total	Solde	TOTAL GENERAL	1 200,00
1200 Nolis		1 200,00			

Encaissé esp CLINIQUE NOUR  
28, Angle des Palmiers et Route des Facultés Casablanca  
Tél: 05 22 23 49 89 LG / Fax: 05 22 23 49 87

Encaissé chèque CLINIQUE NOUR  
ACCORDEIL  
28, Angle des Palmiers et Route des Facultés 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 : 34751148 • I.F. : 40143077 • CNSS : 8282733 • I.C.E : 002209107000090 • AttijariWafaBank : Agence Av. 2 Mars - RIB : 007 780 000122700000605 67

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

روهمص 34751148 • تج: 40143077 • صورج: 8282733 • م.م.ش: 002209107000090 • التجاري وافق بنك: وكالة محج 2 مارس • التعريف البنكي: 007 780 000122700000605 67



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

**NOTE D'HONORAIRES**

Le : 13/09/2022

Références : 5183 / Payant  
Entrée / Sortie : 06/09/2022 - 06/09/2022

Le Docteur **IDMANE SARA**  
OPHTALMOLOGISTE  
Patente n° :  
Adresse

a l'honneur de présenter Mr **TOUHAMI MOHAMED**

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

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

Dr. Sara IDMANE  
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

Cachet et signature



INPE 090060914

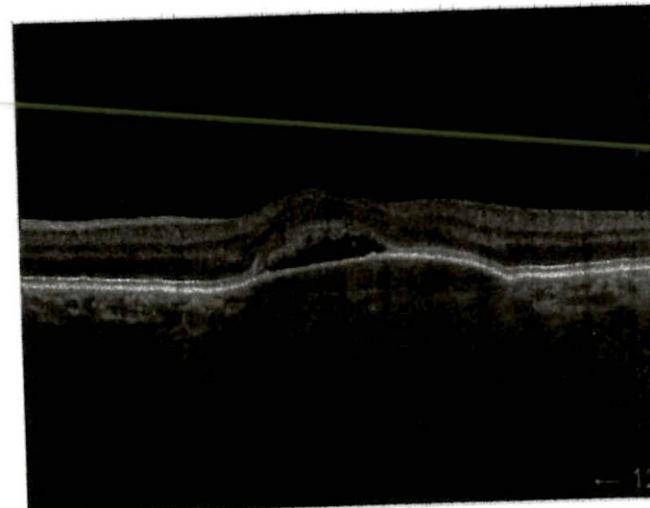
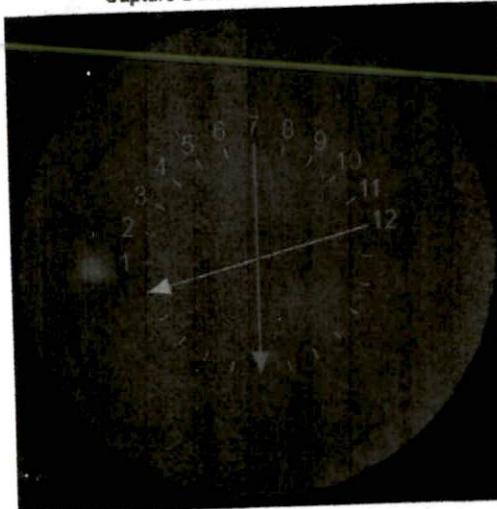
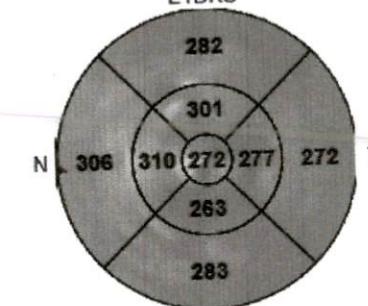
## TOPCON Radial Report

ID: 12695

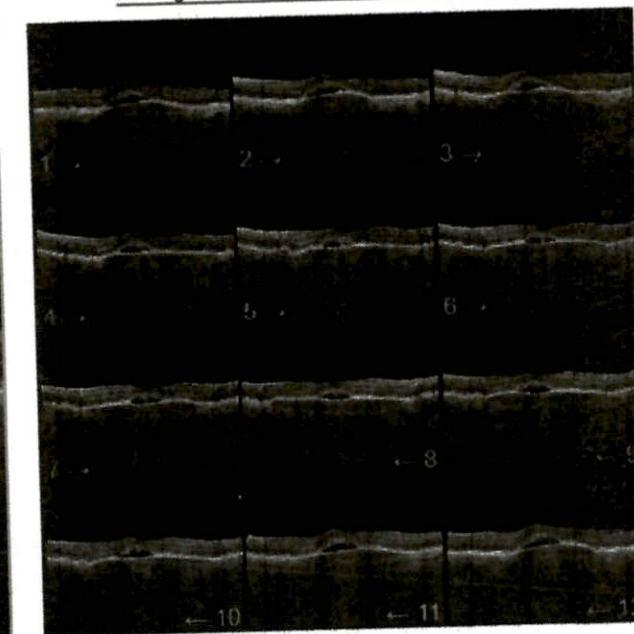
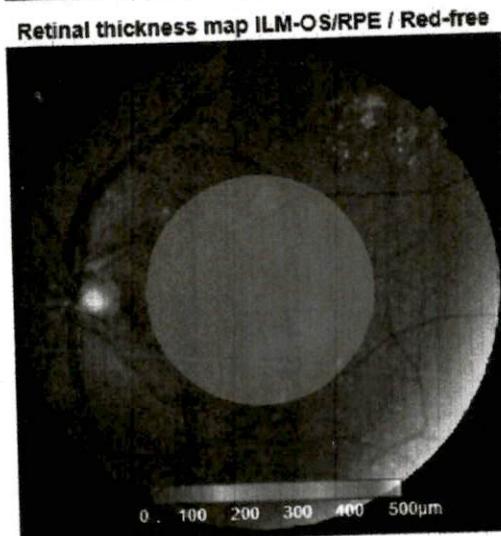
Name: TOUHAMI Mohamed

Ethnicity:  
Gender: Male  
DOB: 1951/02/12 Age: 71Technician:  
Fixation: Macula  
Scan: Radial(6.0mm - 1024x12)

OS(L)

Image Quality: 91 Analysis mode:Fine (2.0.7)  
Capture Date:2022/09/06Retinal thickness ILM-O/S/RPE(μm)  
ETDRS

Average Thickness (μm) 285.7



Signature:

Date:

Print Date: 2022/09/06 11:23:44

Comments:

## TOPCON Radial Report

ID: 12695

Name: TOUHAMI Mohamed

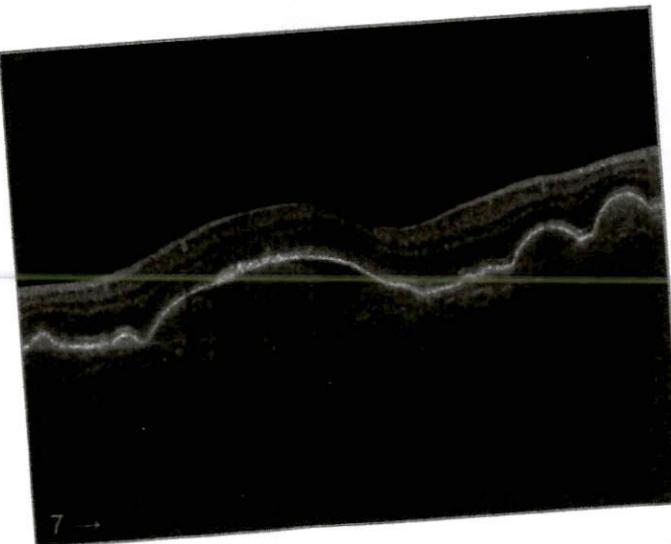
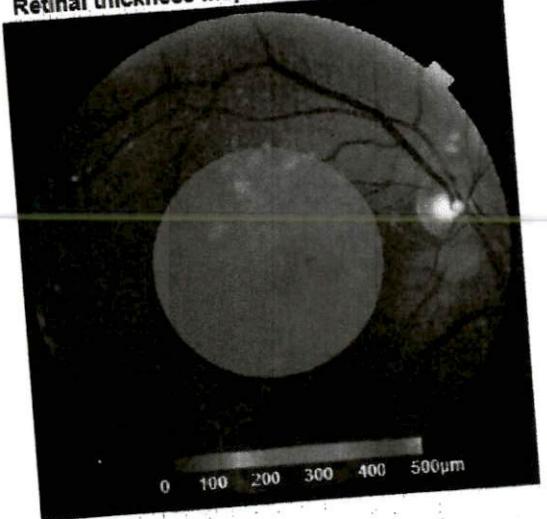
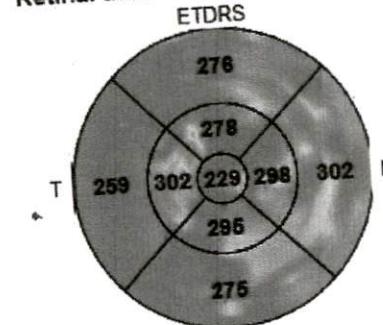
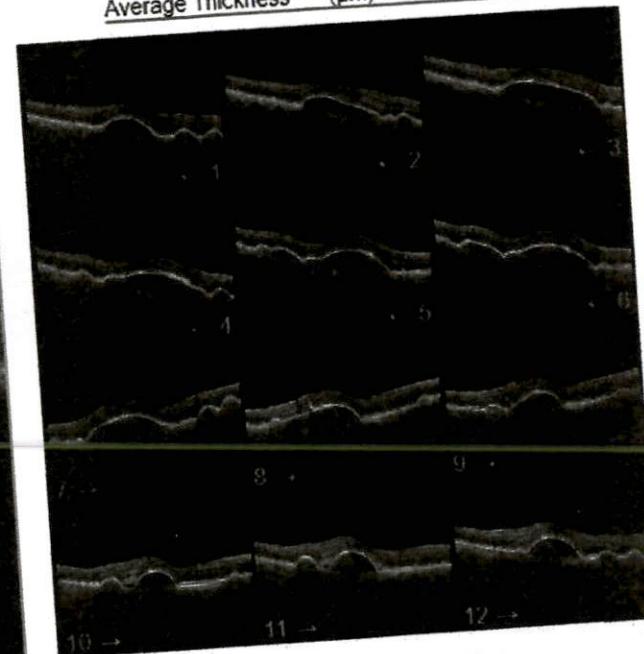
OD(R)

Image Quality: 89 Analysis mode:Fine (2.0.7)

Capture Date: 2022/09/06

Ethnicity:  
Gender: Male  
DOB: 1951/02/12 Age: 71Technician:  
Fixation: Macula  
Scan: Radial(6.0mm - 1024x12)

Retinal thickness map ILM-OS/RPE / Red-free

Retinal thickness ILM-OS/RPE( $\mu$ m)Average Thickness ( $\mu$ m) 280.1

Signature:

Date:

Print Date: 2022/09/06 11:23:58

Comments: