

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



Déclaration de Maladie

M22- 0018459

130032

☐ 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 : RTE EL JADIDA RES LES PALMIER (RAM)
JMG APP 602 CASA
Tél. : 0661834452 Total des frais engagés : 1200 DH

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Sara IDMANE
CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE
28, Angle des Palmiers et Route
des Facultés Oualis - Casablanca
Tél : 05 22 73 49 89 LG - Fax : 05 22 73 49 89

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Touhami Mohamed

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : DM2 Insulinodépendant

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 CNDP N° : A-A-215 / 2019



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
13.9.22	CS+CT		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 Coefficients	Montant des Honoraires
	06.9.22	Frais clinique OCT	4100,00
	06.9.22	Frais médian OCT	80,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

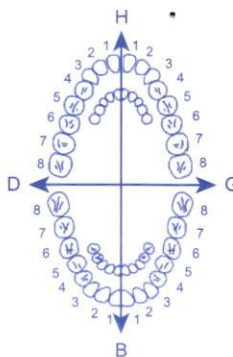
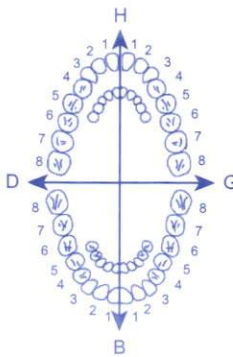
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canaux, 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																			
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552	00000000	00000000	D		G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		H																	
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D		G																	
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	[Création, remont, adjonction] 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 الدار البيضاء

• **CNOC** •

COMPTE RENDU : OCT MACULAIRE

PATIENT: Mr. TOUHAMI Mohamed

Age : 70 ans

Le: 06/09/2022

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 NOUVELLE OPHTHALMOLOGIE
28, Angle des Palmiers et Route
des Facultés 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 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 • الفاكس: 05 22 23 49 87 • البريد الإلكتروني: chintquenour01@gmail.com



Ordonnance

-OCT MACULAIRE

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

Dr. Sara IDMANE
CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE
28, Angle des Palmiers et Route
des Facultés Ouassir - Casablanca
Tél: 05 22 23 49 89 LG - Fax: 05 22 23 49 89



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

007 780 0001227000000605 67 • التعريف البنكي: 2 مارس • وكالة محج • وفا بنك: 0022091070000090 • م.م.ش: 8282733 • ص.م.ش: 40143077 • ت.ج: 34751148 • الباتنتا: 090060914 • روم.ص:



CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE CASABLANCA

مصحة النور للعيون الدار البيضاء

• CNOC •

FACTURE

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
FRAIS CLINIQUE OCT		1,00	400,00	400,00
			Sous/Total	400,00
			Total clinique	400,00
DR. IDMANE SARA (ophtalmologiste)	K	1,00	800,00	800,00
			Sous/Total	800,00
			Total autres prestations	800,00

Arrêtée à la somme de :
MILLE DEUX CENTS DIRHAMS

TOTAL GENERAL 1 200,00

Encaissé esp	Encaissé chèque	Total	Solde
1 200,00		1 200,00	

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

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



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

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

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



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 je prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués.

Cachet et signature

Dr. Sara IDMANE
CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE
28, Angle des Palmiers et Route
des Facultés - Oualidia - Casablanca
Tél : 05 22 23 49 89 LG - Fax : 05 22 23 49



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

cliniquenour01@gmail.com • البريد الإلكتروني : 05 22 23 49 87 • الفاكس : 05 22 23 49 89 LG • الهاتف : الدار البيضاء • الوازيس - الدار البيضاء • 28 زاوية زنقة النخيل وطريق الجامعات، الوازيس - الدار البيضاء • 8282733 • م.م.ش. : 002209107000090 • التجاري وفا بنك : وكالة محج 2 مارس • التعريف البنكي : 007 780 0001227000000605 67

روم م.م.ش. : 090060914 • البانكيتا : 34751148 • تج : 40143077 • ص.م.ش. : 8282733 • م.م.ش. : 002209107000090 • التجاري وفا بنك : وكالة محج 2 مارس • التعريف البنكي : 007 780 0001227000000605 67

TOPCON Radial Report

ID: 12695

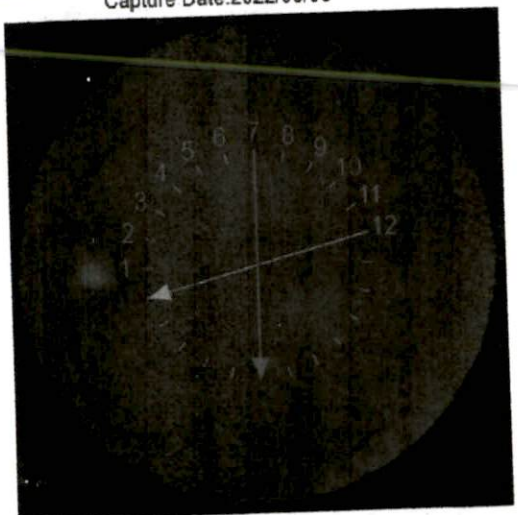
Name: **TOUHAMI Mohamed**

Ethnicity:
Gender: Male
DOB: 1951/02/12 Age: 71

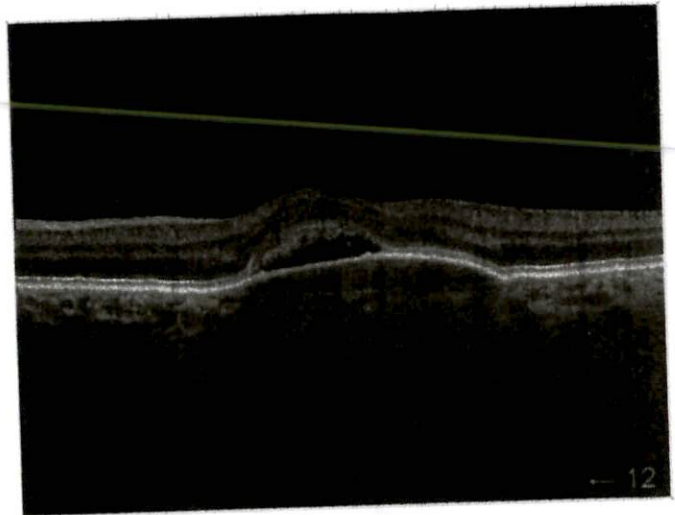
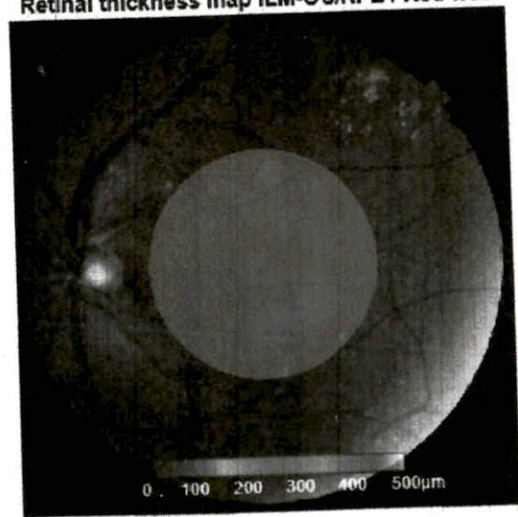
Technician:
Fixation: Macula
Scan: Radial(6.0mm - 1024x12)

OS(L)

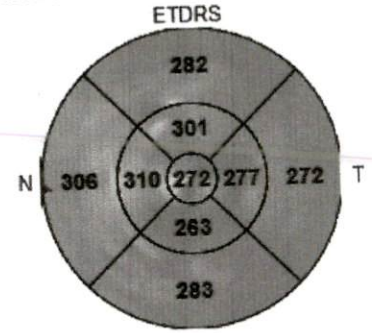
Image Quality: **91** Analysis mode: Fine (2.0.7)
Capture Date: 2022/09/06



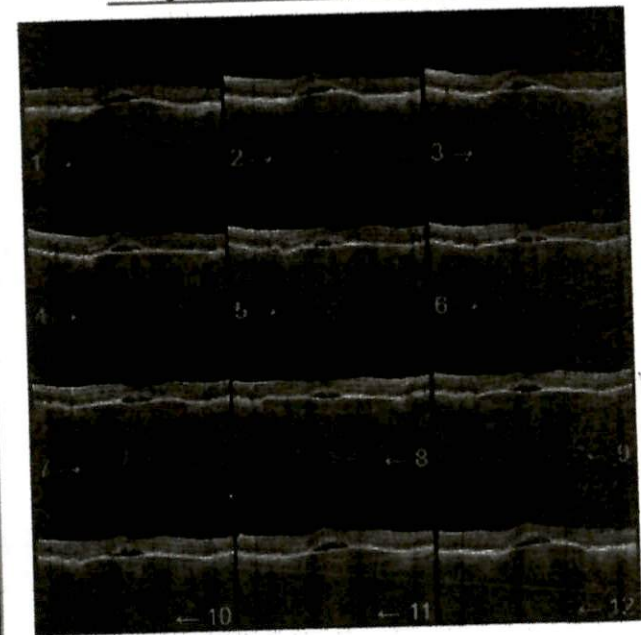
Retinal thickness map ILM-OS/RPE / Red-free



Retinal thickness ILM-OS/RPE(μm)



Average Thickness (μm) **285.7**



Comments:

Signature:

Date:

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

TOPCON Radial Report

ID: 12695

Name: TOUHAMI Mohamed

OD(R)

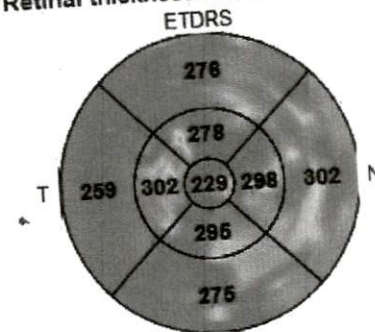
Image Quality: 89 Analysis mode: Fine (2.0.7)
Capture Date: 2022/09/06

Ethnicity:
Gender: Male
DOB: 1951/02/12 Age: 71

Technician:
Fixation: Macula
Scan: Radial(6.0mm - 1024x12)

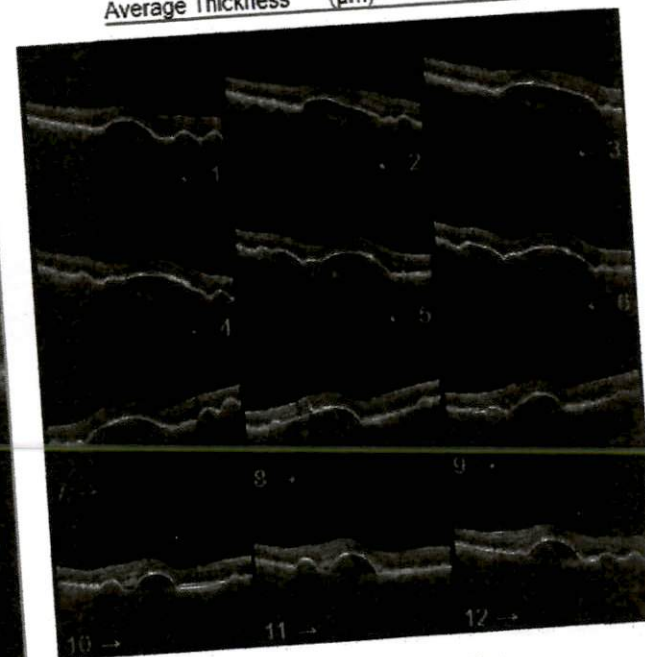
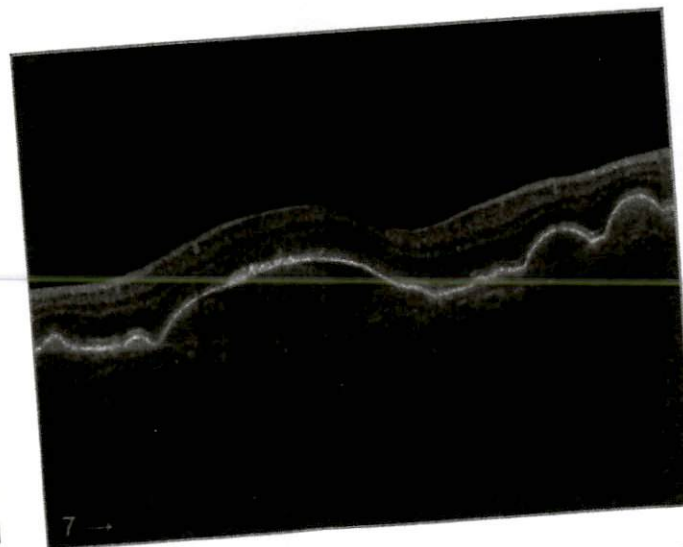
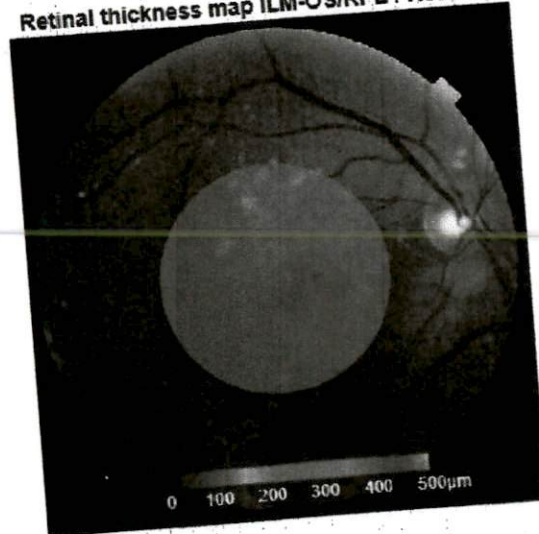


Retinal thickness ILM-OS/RPE(μm)



Average Thickness (μm) 280.1

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



Comments:

Signature:

Date:

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