

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES RÉMBOURSEMENTS 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.

M22- 0018467

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **2371** Société : **RAM 143982**

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : **TAUHAMI MOHAMED**

Date de naissance : **12/02/1951**

Adresse : **ROUTE D'EL JADIDA RES RAM les palmiers**

IMM 6 APPT 602 casa.

Tél. : **06 161 83 144 58** Total des frais engagés : **1200 Dhs**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Sara IDMANE
CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE
28, Angle des Palmiers et Route
des Facultés Quasis - Casablanca
Tél: 05 22 23 49 89 LG - Fax: 05 22 23 49 87

Date de consultation : **12/01/2023**

Nom et prénom du malade : **TAUHAMI Mohamed** Age: **72**

Lien de parenté : **Conjoint** Lui-même Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : **TAUHAMI Mohamed**

Affection longue durée ou chronique : **ALD ALC** Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

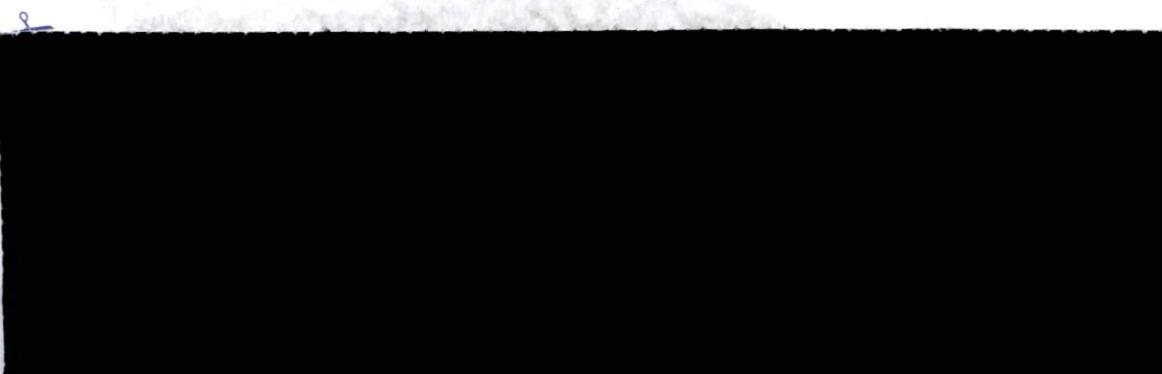
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : **CASA le 06/01/2023**

Le : **06/01/2023**

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET SACHEZ DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



06/01/2023

Ordonnance

Mr. TOUHAMI Mohamed nécessite :

-OCT MACULAIRE



Dr. SARA ADMANE
Dr. SARA ADMANE
CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE
28, Angle des Palmiers Casablanca
des Facultés Oasis Casablanca
tel: 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 : 002782953000058 • AttijariWafaBank : Agence Av. 2 Mars - RIB : 007 780 000122700000605 67

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

روم مص: 090060914 • الباتننا: 34751148 • تج: 40143077 • صوضج: 8282733 • م.م.ش: 002782953000058 • التجاري وافا بنك: وكالة محج 2 مارس • التعريف البنكي: 007 780 000122700000605 67



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

F A C T U R E

N° : **221** du **06/01/2023**

Médecin traitant : DR. IDMANE SARA

OCT

Nom du patient	Modalité de paiement	Période hospitalisation
Mr TOUHAMI MOHAMED	PAYANT	06/01/23 06/01/23

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	

ACCUEIL
CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE
28, Angle Rue des Palmiers et Route
des Facultés Oasis - Casablanca
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 Oasis - Casablanca
Tel: 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 : 002782953000058 • AttijariWafaBank : Agence Av. 2 Mars - RIB : 007 780 0001227000000605 67

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

روم مص: 090060914 • الاتبنت: 34751148 • تج: 40143077 • م.م.ش: 8282733 • صورج: 002782953000058 • التجاري وافق بنك: وكالة محج 2 مارس • التعریف البنکی: 007 780 0001227000000605 67



COMPTE RENDU : OCT MACULAIRE

PATIENT: Mr. TOUHAMI Mohamed

Le: 06/01/2023

Age : 70 ans

Oeil droit:

Dépression fovéolaire:absente
Décollement de l'EPen double bosse

Oeil gauche:

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

Dr. Sara IDMANE
CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE
28, Angle des Palmiers et Route
des Facultés Quasis - Casablanca
Tél: 05 22 23 49 89 16 - Fax: 05 22 23 49 87



INPE 090060914

TOPCON Radial Report**ID: 3692****Name: TOUHAMI Mohamed****OD(R)**Image Quality: **78** Analysis mode:Fine (2.0.7)

Capture Date: 2023/01/06

Ethnicity:

Gender: Male

DOB: 1951/02/12 Age: 71

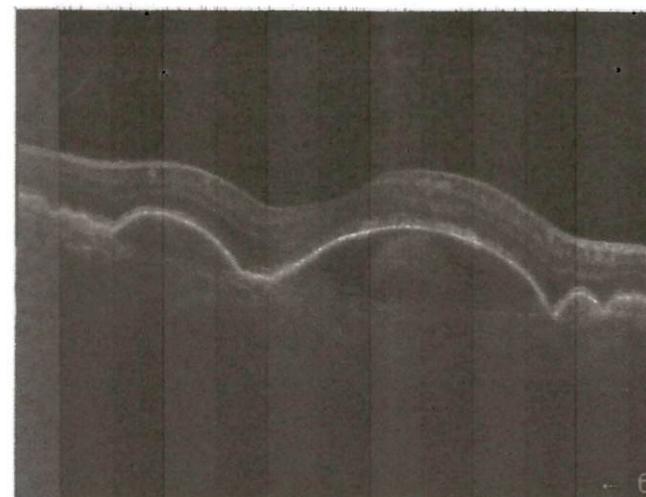
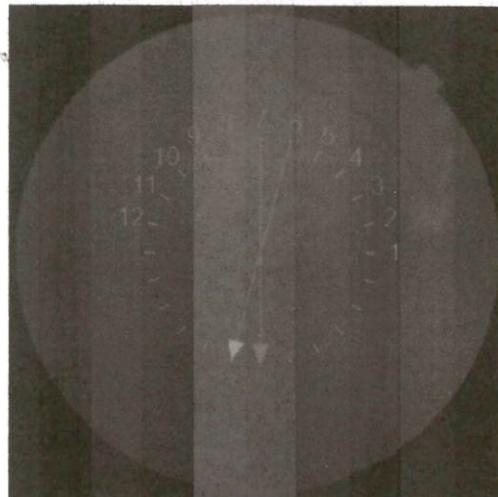
CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE
CASABLANCA

Triton

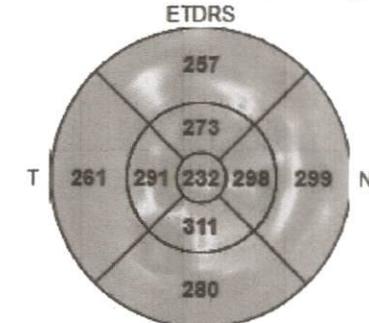
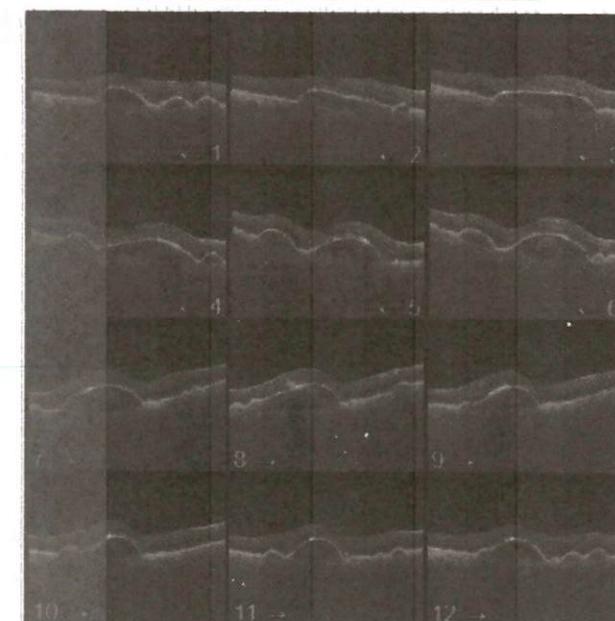
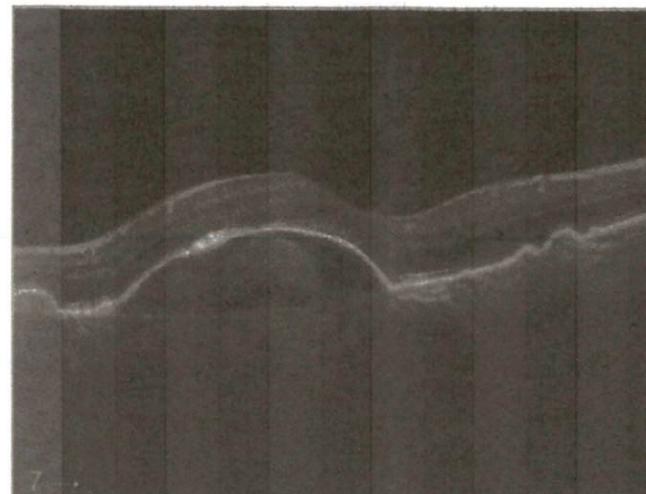
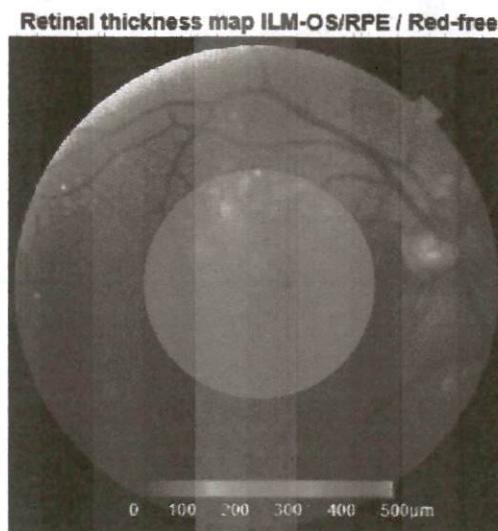
Technician:

Fixation: Macula

Scan: Radial(6.0mm - 1024x12)



Retinal thickness ILM-OS/RPE(μm)

Average Thickness (μm) **277.3**

Comments:

Signature:

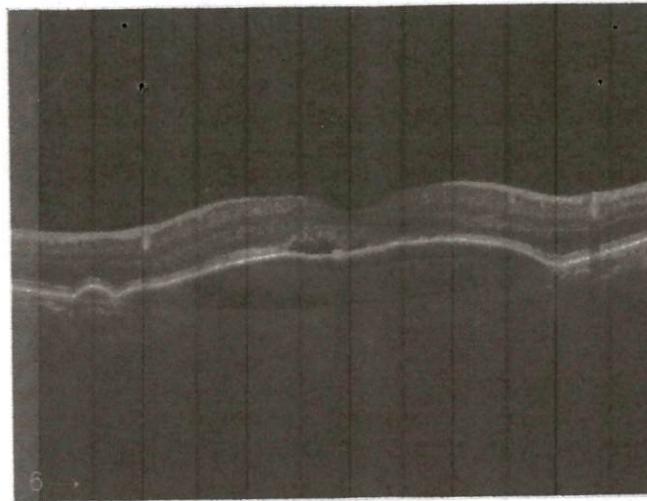
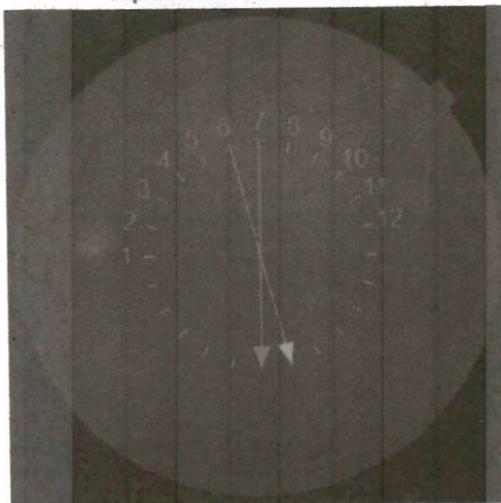
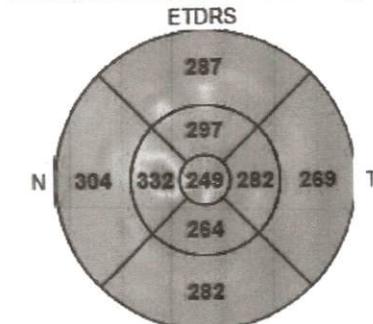
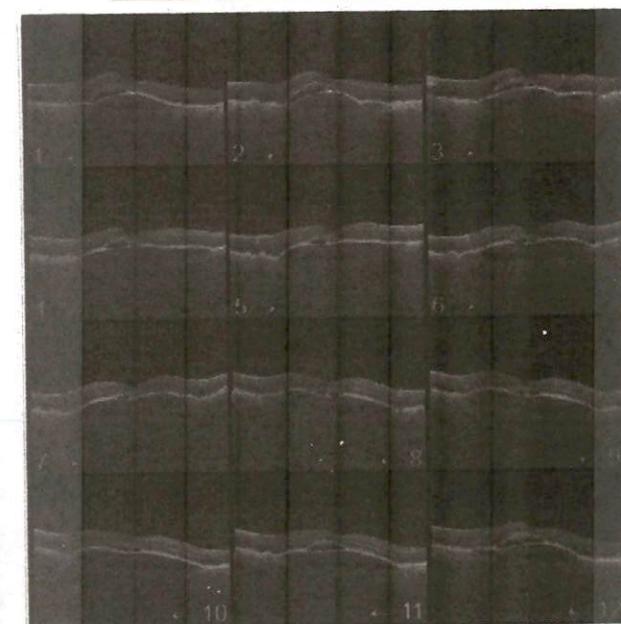
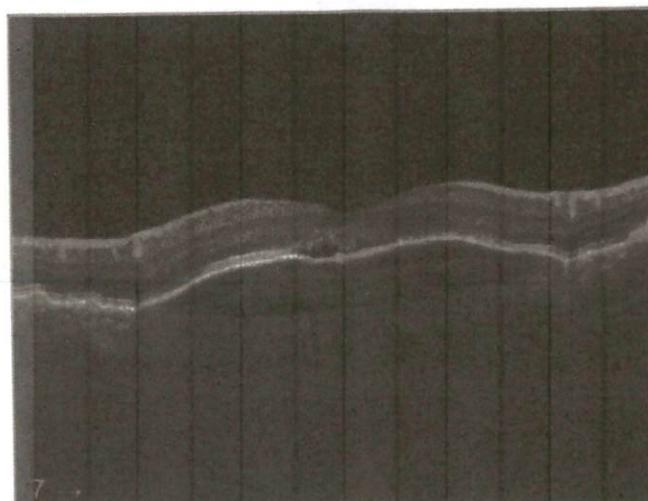
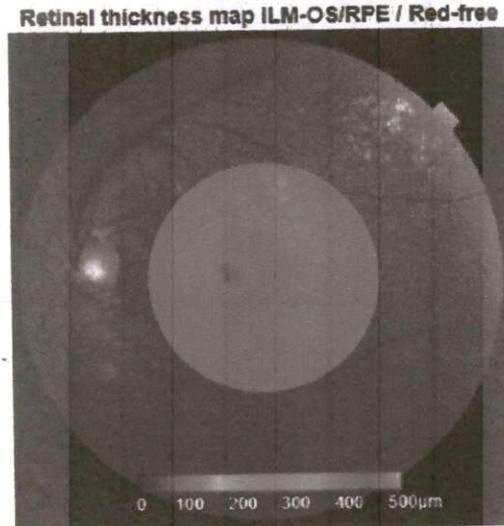
Date:

TOPCON Radial Report**ID: 3692****Name: TOUHAMI Mohamed****OS(L)**Image Quality: **82** Analysis mode:Fine (2.0.7)

Capture Date: 2023/01/06

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

Triton

**Retinal thickness ILM-OS/RPE(μm)**Average Thickness (μm) **286.3**

Signature:

Date:

Comments: