

## 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

N° W21-769548

AS6791

Optique  Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 09118

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

HADOUCH Med Mancef

Date de naissance :

27 03 1970

Adresse :

W 136 B GC nle verte Bouskoura

Tél. : 0661189159

Total des frais engagés :

447,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. ZIDI MOHAMED  
CLINIQUE MOUSSA  
des Palmiers Casablanca  
des Palmiers Casablanca  
Tel: 05 22 23 49 89 LG / Fax: 05 22 23 49 87

Date de consultation :

08/04/2003 Casa

Nom et prénom du malade :

Hadouch Med Mancef

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Excavation papillaire, cistome

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 : 10/04/2003

Signature de l'adhérent(e) :

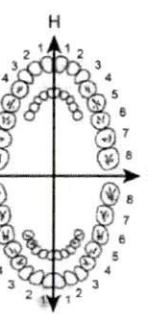
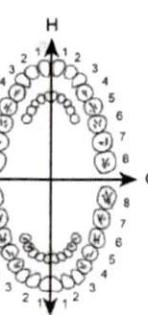


Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
08/04/2023	C <sub>3</sub> + C <sub>2</sub>		300 DH	INP : 101441114514 DR. ZIDI M'hamed CLINIQUE NOUVEL HOPITAL Angélique Rue des Facultés Tunis 1005

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE Bouskoura - Casablanca Tél: 0522 59 07 09	08/04/2023	1149,00

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

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/> <b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/> <b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/> <b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/> <b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/> <b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/> <b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>												
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553
	H	25533412	21433552													
	D	00000000	00000000													
	G	00000000	00000000													
	B	35533411	11433553													
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																



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



08 avril 2023

Mr. HADOUCH Mohammed Moncef

*M. H. M.*

**THEALOSE COLLYRE**



1 goutte 4 fois par jour et à la demande , dans les deux yeux, pendant 3 Mois

**STE PHARMACIE GOLF CITY**  
Centre commercial Bouskoura Golf city  
RDC N° 9 - Bouskoura - Casablanca  
Tél: 0522 59 07 09



**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 ZIDI M'hamed**  
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



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

رقم مص: 090060914 • الباتننا: 34751148 • تج: 40143077 • صوضج: 8282733 • م.م.ش: 002782953000058 • التجاري وافق بنك: وكالة محج 2 مارس • التعريف البنكي: 007 780 0001227000000605 67



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



08/04/2023

Mr. HADOUCH Mohammed Moncef a subi une consultation ophtalmologique avec FO à la clinique Nour d'ophtalmologique dont le montant s'élève à 300dh ( trois cent dirhams)

*DR. ZIDI Mohamed*  
CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE  
28 Angle Rue des Palmiers et Route  
des Facultés Oasis - Casablanca  
Tel. 05 22 23 49 89 LG / Fax: 05 22 23 49 87

*CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE*  
28, Angle Rue des Palmiers et Route  
des Facultés Oasis - Casablanca  
Tel. 05 22 23 49 89 LG / Fax: 05 22 23 49 87

*CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE*  
28, Angle Rue des Palmiers et Route  
des Facultés Oasis - Casablanca  
Tel. 05 22 23 49 89 LG / Fax: 05 22 23 49 87



INPE 090060914