

RÉCOMMANDATIONS 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.



Déclaration de Maladie

M22- 0058486

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00356 Société : AB1604
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : TAOUZER MOHAMED
Date de naissance : 24-02-1942
Adresse : TAMARIS ANFA 1 n°138
DARBOUZZA
Tél. : 0651928149 Total des frais engagés : 2206,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23/4/23

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : affection oculaire

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 : DARBOUZZA Le : 29/04/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

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
25/11/23	CS	0	250 DH	
12.05.23	Frais clinique laser yagon	400		
12.05.23	Frais medecin laser yagon	800		

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29.10.23	553,15
	12.05.23	203,10

[illegible]

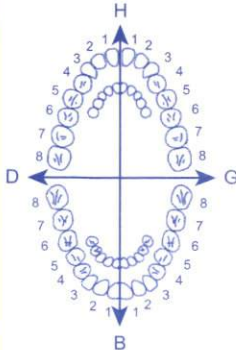
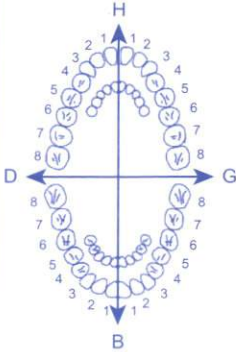
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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															
				CCEFFICIENT 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 colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Important :

Veillez 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		
					CCEFFICIENT DES TRAVAUX	
						<input type="text"/>
					<input type="text"/>	
						DEBUT D'EXECUTION
				<input type="text"/>		
						FIN D'EXECUTION
				<input type="text"/>		

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

	H 25533412 21433552 00000000 00000000 <hr/> 00000000 00000000 35533411 11433553 <hr/> B	Coefficient des Travaux <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 5px;"></div>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	Montants des Soins <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 5px;"></div>
	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div>	Date du devis <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 5px;"></div>
	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div>	Date de l'exécution <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 5px;"></div>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Rihab NASROUNI
Ophtalmologiste
Enfants et adultes

- Ex médecin Interne au
CHU Ibn Rochd
- Lauréate de la faculté
de médecine de Casablanca
- Diplôme de contactologie à la faculté
de médecine de Rabat

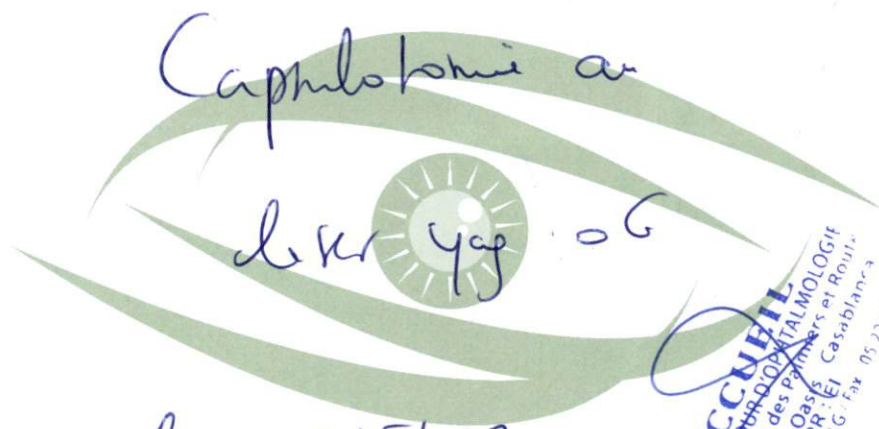


الدكتورة رحاب نصرودي
طب وجراحة العيون
صفار وكبار

- طبيبة داخلية سابقا بالمركز
الاستشفائي ابن رشد
- خريجة كلية الطب و الصيدلة
بالدار البيضاء
- دبلوم العدسات اللاصقة
بكلية الطب بالرباط

29/4/23

N° Thourer Ashames



le 12/5/23



ACCUEIL
CLINIQUE THOURER ASHAMES OPHTALMOLOGIE
28, Angle Rue des Palmiers et Rouleau
des Facultés OASIS - PR : El Casablanca
Tel : 05 22 23 49 89 LG : Fax 05 22 21 49 89

الساحل 2، رقم 19 الطابق الثاني، دار بوعزة - الدار البيضاء (أمام مدرسة الأبيض)

Littoral 2, N°19, 2ème Etage, Dar Bouazza - Casablanca (en face de l'école LABIAD)

Tel : 05 22 29 26 43 - E-mail : nasrouni.rihab@gmail.com

Dr. Rihab NASROUNI
Ophtalmologiste
Enfants et adultes

- Ex médecin Interne au
CHU Ibn Rochd
- Lauréate de la faculté
de médecine de Casablanca
- Diplôme de contactologie à la faculté
de médecine de Rabat



الدكتورة رحاب نصروني
طب وجراحة العيون
صفار وكبار

- طبيبة داخلية سابقا بالمركز
الإستشفائي ابن رشد
- خريجة كلية الطب والصيدلة
بالدار البيضاء
- دبلوم العدسات اللاصقة
بكلية الطب بالرباط

29 avril 2023

Mr. TAOUZER Mohamed

11017x5 = 553,15

XOLAMOL COLLYRE



une goutte matin et soir, dans les deux yeux, pendant 4 Mois



زولامول®
Xolamol
Lot: ZG0251
Fab: 07 22
Exp: 07 24
P.P.V: 110 DH 70

زولامول®
Xolamol
Lot: ZH0051
Fab: 12 22
Exp: 12 24
P.P.V: 110 DH 70

زولامول®
Xolamol
Lot: ZN0051
Fab: 12 22
Exp: 12 24
P.P.V: 110 DH 70

زولامول®
Xolamol
Lot: ZH0051
Fab: 12 22
Exp: 12 24
P.P.V: 110 DH 70

زولامول®
Xolamol
Lot: ZN0051
Fab: 12 22
Exp: 12 24
P.P.V: 110 DH 70

الساحل 2، رقم 19، الطابق الثاني، دار بوعزة - الدار البيضاء (أمام مدرسة الأبيض)

Littoral 2, N°19, 2ème Etage, Dar Bouazza - Casablanca (en face de l'école LABIAD)

Tel : 05 22 29 26 43 - E-mail : nasrouni.rihab@gmail.com

12/15/23

TAOUZER Nohamed

1815

1) Indocollir

1pt x 315 OG 115

14515

2) Aqualarm

1pt x 315 OG 1104

20315



COMPTE RENDU OPERATOIRE

PATIENT : Mr.TAOUZER Mohamed

Diagnostic : Capsulotomie au laser yag

Œil : gauche

Age : 81 ans

• ANTECEDANT:

Medecin traitant : DR NASROUNI RIHAB

Type d'anesthésie :Locale

Date d'exploration : 12/05/2023

Acte : Laser yag

- Mise en place d'une lentille de contact

- 4 impacts au :
Laser yag : 3 mj

- Traitement local



FACTURE

N° 4 322 / 2023 du 12/05/2023

Nom patient	TAOUZER MOHAMED	Entrée	Sortie
		12/05/2023	12/05/2023
Prise en charge	PAYANT		

DR. NASROUNI RIHAB (OPHTALMOLOGUE)

LASER YAG

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
FRAIS CLINIQUE LASER YAG OG	1,00		400,00	400,00
			Sous-Total	400,00
Total Frais Clinique				400,00
PRESTATIONS EXTERNES				
DR. NASROUNI RIHAB (ophtalmologue)	1,00	K	800,00	800,00
			Sous-Total	800,00
Total prestations externes				800,00

	Total général	1 200,00
Arrêtée la présente facture à la somme de :		
MILLE DEUX CENTS DIRHAMS		

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	1 200,00				1 200,00	0,00

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

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

DR. NASROUNI Riham
Ophtalmologiste
Littoral 2° N° 19 2ème Etage
Dar Bouazza - 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

روم ص : 090060914 • البانتا : 34751148 • تج : 40143077 • صوضج : 8282733 • م.م.ش : 002782953000058 • التجاري وفا بنك : وكالة محج 2 مارس • التعريف البنكي : 007 780 0001227000000605 67