

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.

M22- 0030924

170-191

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3100 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LAGNIOUI DAOUIA

Date de naissance :

Adresse : HAY ALLA HERIEM Boul. S N 16 case

Tél. : 06 63 43 66 40 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01/07/2019

Nom et prénom du malade : LAGNIOUI DAOUIA

Age :

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique :



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) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes Natures des
19/08/2013 Actes de la Faculté de Droit
19/08/2013 Actes de la Faculté de Lettres
19/08/2013 Actes de la Faculté de Sciences
19/08/2013 Actes de la Faculté de Médecine

Nombre et Cœfficient

Montant détaillé
des Honoraires

**Cachet et signature du Médecin
attestant le Paiement des honoraires**

CLINIQUE NOUR D'OR
28, Angle Rue des Palmiers et Route
des Facultés Oasis Casablanca

PR : El
*PL : 05 22 22 47 89 1G / Fax 05 22 23 49

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

[Signature]

Date

~~15000~~

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

**Cachet et signature du
Laboratoire et du Radiologue**

Date

Désignation des coefficients

Montant

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature
du Praticien

Date des
Soins

Nombre _____

Montant détaillé

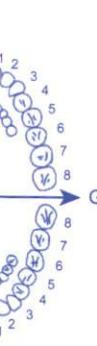
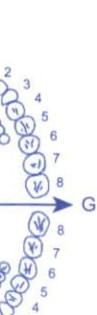
du Patient	Sous	AM	PC	TM	IV	des Honoraires

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
		H 25533412 21433552 00000000 00000000 D —————— 00000000 00000000 35533411 11433553 B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

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
• CNO •



02/08/2023

**COMPTE RENDU
Échographie oculaire**

PATIENT : Mme LAGNIOUI Daouia

Age : 71 ans

Oeil droit:

- Cristallin en place

Vitré: échos intra vitréens mobiles

Rétine: à plat

Oeil gauche:

- Cristallin en place

Vitré: échos intra vitréens mobiles

Rétine: à plat

DR. ZIDI Mohamed
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 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

روقمص: 090060914 • الباتننا: 34751148 • تج: 40143077 • صوضج: 8282733 • م.م.ش: 002782953000058 • التجاري وافا بنك: وكالة معج 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° 7 004 / 2023 du 02/08/2023

Nom patient	LAGNIOUI DAOUIA	Entrée 02/08/2023	Sortie 02/08/2023
Prise en charge	PAYANT		

DR. ZIDI MOHAMED (OPH)

ECHOGRAPHIE

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
FRAIS CLINIQUE ECHOGRAPHIE	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
Total Frais Clinique				
<i>PRESTATIONS EXTERNES</i>				
DR. ZIDI MOHAMED (oph)	1,00	K	200,00	200,00
			Sous-Total	200,00
Total prestations externes				

Total général 500,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CINQ CENTS DIRHAMS

Encaissements	Espèces	Total encaissé	Solde
	500,00	500,00	0,00

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

NPE : 090060914 • Patente : 34751148 • I.F. : 40143077 • CNSS : 8282733 • I.C.E : 002782953000058 • AttijariWafaBank : Agence Av. 2 Mars - RIB : 007 780 000122700000605 67

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

ر. 05 22 23 49 89 LG • م. ش. 8282733 • م. ص. 40143077 • التسليم : وكالة ملحق 2 مارس • التعريف البنكي : 002782953000058 • رقم حساب : 090060914 • البريد الإلكتروني : 34751148



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



02 août 2023

Mme LAGNIOUI Daouia

HYLOCOMOD: COLLYRE

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

150.00

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

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

PHARMACIE
MAROC
TEL : 05 22 37 94 18
TELE : 05 22 37 94 18



INPE 090060914



CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE CASABLANCA

مصحة النور للعيون الدار البيضاء

• CNOc •



02/08/2023

Ordonnance

Mme LAGNIOUI Daouia nécessite :

-ECHOGRAPHIE

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

CLINIQUE ACCUEIL
28, Angle Rue des Facultés et Rue des Palmiers
Tel: 05 42 23 69 69 PR; El G. Casablanca
Fax: 05 22 23 49 82



INPE 090060914



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



02/08/2023

Mme LAGNIOUI Daouia a subi une consultation ophtalmologique avec FO à la clinique Nour d'ophtalmologique dont le montant s'élève à 300dh (trois cent dirhams)



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
cliniquenour01@gmail.com • البريد الإلكتروني : 05 22 23 49 87 • الهاتف : 05 22 23 49 89 LG • الفاكس : 05 22 23 49 87 • الرايس - الدار البيضاء • العنوان : 28. زاوية زنقة التحيل وطريق الجامعات، الرايس - الدار البيضاء • البريد الإلكتروني : 8282733 • م.م.ش: 002782953000058 • التجاري وافق بنك: وكالة مجمع 2 مارس • التعريف البنكي: 007 780 000122700000605 67
رقم حساب: 090060914 • الاتصال: 34751148 • تج: 40143077 • صور: 8282733 • م.م.ش: 002782953000058 • التاري 02/08/2023

clinique nour d'ophtalmologie

Patient : LAGNIOUI Daouia

Numéro de dossier :

Adresse :

Date de naissance : 01 janv. 1952

Tel :

Indication :

