

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

Déclaration de Maladie

N° W19-410944

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1346

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ALAHYANE AHMED

Date de naissance :

01-01-1949

Adresse : WAFAZ, 1MN25, APT 7, EL OULFA, CASABLANCA

Tél. : 0662812582

Total de frais engagés :

1702,40

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

01/10/19

Nom et prénom du malade :

ALAHYANE AHMED

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

cataracte secondaire

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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

22 OCT. 2019

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

ALAHYANE AHMED

Le : / /

CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE



مصحة النور لعيون

Date de première ouverture
تاريخ أول فتح

le mardi 1 octobre 2019

Monsieur Ahmed ALAHYANE

6810

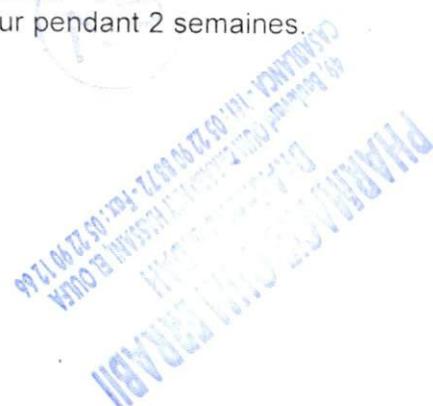
- diclofed dans l'oeil concerné
Une goutte 3 fois par jour pendant 2 semaines.



134.40

- neovis dans l'oeil concerné
Une goutte 4 fois par jour pendant 2 semaines.

202.40



Opening date:
...../...../.....

VOIE OCULAIRE
EYE DROP
AUGENTROPFEN
VOOR GEBRUIK IN HET OOG
VIA OFTÁLMICA
VIA OCULAR

- A utiliser dans les 3 mois après ouverture.
- Use within 3 months of opening.
- Innerhalb von 3 Monaten nach dem Öffnen zu verwenden
- Binnen 3 maanden na opening gebruiken.
- No utilizar pasados tres meses desde su apertura.
- Utilizar no prazo de 3 meses após a abertura.

€ 0459

Steripharma
PPC:134,40 dh



NE PAS AVALER - NE PAS INJECTER
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
لا يبتاع - لا يحقن
كرم الجرعة الموصولة
LISTE II - Uniquement sur ordonnance
قائمة 2 - لا بوصفة طبية

25, Route des Facultés (ex. Route El Jadida)
Lotissement Gnymer, Oasis - Casablanca

Tél.: 05 22 23 49 89 LG - Fax : 05 22 23 49 87

E-mail : cliniquenour01@gmail.com - INPE : 090060914

Patente : 36350533 - I.F. : 40143077 - CNSS : 8282733

I.C.E. : 001685652000087

AttijariWafaBank : Agence Avenue 2 Mars - RIB : 007 780 000122700000605 67 - التعریف البنکی : 001685652000087



INPE 090060914

25 ، طريق الجامعات (طريق الجديدة سابقا)
تجزئة كنيمر-الوازيس - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 23 49 87 - الفاكس : 05 22 23 49 89 LG

البريد الإلكتروني : cliniquenour01@gmail.com - روممصن : 090060914 : البريد الإلكتروني : 36350533 - تج : 40143077 - صوضج : 8282733

الباتننا : 001685652000087 - التعریف البنکی : 001685652000087

Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri, Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAUDI

CLINIQUE NOUR D'OPHTHALMOLOGIE



مصحة النور للاعيون

FACTURE

N° : 5887 du 01/10/2019

Médecin traitant : DR. MAZZOUZ HANANE

LASER ARGON

Nom du patient	Modalité de paiement	Période hospitalisation
Mr ALAHYANE AHMED	PAYANT	01/10/19 01/10/19

Désignations des prestations	Lettres Clé	Nbre	Prix unitaire	Montant DH
FRAIS CLINIQUE LASER		1,00	400,00	400,00
Sous/Total				400,00
Total clinique				400,00

Arrêtée à la somme de : QUATRE CENTS DIRHAMS	TOTAL GENERAL	400,00
Encaissé esp. 400,00	Encaissé chèque	Total Solde 400,00

CLINIQUE
NOUR
Route des Facultés, El Jadida
Lottoissement Gnymer, Oasis, Casablanca
Téléphone : 05 22 23 49 89 - Fax : 05 22 23 49 87
E-mail : cliniquenour01@gmail.com - INPE : 090060914
Patente : 36350533 - I.F. : 40143077 - CNSS : 8282733
I.C.E. : 001685652000087

25, Route des Facultés (ex. Route El Jadida)

Lottoissement Gnymer, Oasis - Casablanca

Tél. : 05 22 23 49 89 LG - Fax : 05 22 23 49 87

E-mail : cliniquenour01@gmail.com - INPE : 090060914

Patente : 36350533 - I.F. : 40143077 - CNSS : 8282733

I.C.E. : 001685652000087



INPE 090060914

25، طريق الجامعات (طريق الجديدة سابقا)
تجزئة كنimir-الوازيس - الدار البيضاء
الهاتف : 05 22 23 49 87 - 05 22 23 49 89 LG - الفاكس : 05 22 23 49 87
البريد الإلكتروني : cliniquenour01@gmail.com - روممص : 090060914
الباتننا : 36350533 - تج : 40143077 - صوضج : 8282733
م.م.ش : 001685652000087
التجاري وافق بنك: وكالة محج 2 مارس - التعريف البنكي : 007 780 000122700000605 67

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

16 OCT. 2019 Le/...../20....

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : e-mail : Phones :

Nom et Prénom de l'adhérent :

Nom et Prénom du bénéficiaire :

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné :

Estime que l'état de santé de Mle, Mme, M. M. A. H. Y. A. A. H. m.

Nécessite une consultation au docteur Yag OD

Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)



Une hospitalisation de (approximatif)

A (préciser l'établissement hospitalier)

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS) :

Cachet, date et signature du praticien

A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS

Décision :

N.B. cette demande d'accord préalable doit être adressée, mailée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.

Ophthalmologiste

Diplômée de chirurgie de la cataracte,
chirurgie réfractive et Lasers de
l'université Victor Segalen de Bordeaux
Diplôme de surface oculaire
de l'université François Rabelais, Tours
Chirurgie des voies lacrymales
Adaptation des lentilles de contact souples et rigides
Membre de la société française d'ophtalmologie



le jeudi 26 septembre 2019

Monsieur ALAHYANE Ahmed

Capsulotomie au laser Yag OD
Bien dilater OD svp



Tél : 0 522 522 526 - GSM: 07 70 85 14 88

511 شارع القدس، إقامة القدس كاليفورنيا، الطابق الثاني - الدار البيضاء

511, Bd Al Qods, Résidence Al Qods Califorrie, 2^{eme} étage - Casablanca

E-mail: ophtalmomazzouz@gmail.com - ICE: 001649317000074 - CNSS: 5874476 - INPE: 091166421

Visite virtuelle du centre sur Google Search , Google Maps et Google Plus



01-10-2019

Note d'honoraires

Patient (e) : M[°] ALAHYANE Ahmed

Acte réalisé : Laser yag

Honoraires médecin : 110.0,20 Dirhams



Tél : 0 522 522 526 - GSM: 07 70 85 14 88

شارع القدس، إقامة القدس كاليفورنيا، الطابق الثاني - الدار البيضاء 511

511, Bd Al Qods, Résidence Al Qods Califorrie, 2^{ème} étage - Casablanca

E-mail: ophtalmomazzouz@gmail.com - ICE: 001649317000074 - CNSS: 5874476 - INPE: 091166421

Visite virtuelle du centre sur Google Search , Google Maps et Google Plus



le mardi 1 octobre 2019

Monsieur ALAHYANE Ahmed

Compte rendu Laser

Indication : Opacification capsulaire postérieure

Acte réalisé : Capsulotomie au Laser Yag de l'œil droit



Tél : 0 522 522 526 - GSM: 07 70 85 14 88

111 شارع القدس، إقامة القدس كاليفورنيا، الطابق الثاني - الدار البيضاء

511, Bd Al Qods, Résidence Al Qods Californie, 2^{ème} étage - Casablanca

E-mail: ophthalmomazzouz@gmail.com - ICE: 001649317000074 - CNSS: 5874476 - INPE: 091166421

Visite virtuelle du centre sur Google Search, Google Maps et Google Plus