

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR VER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Sons 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.

## Biologie 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.

## Éducation :

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.

Nº P19- 059193

ND: 496 99

 Optique Autres Maladie Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3808

Société :

Retraité

 Actif Pensionné(e) Autre :

Nom &amp; Prénom :

Diris Benjelloun

Date de naissance :

03/07/1951

Adresse : Hay Al Walaa

IMMEZ NR17 TR18

Secteur SIDI Moumen Esse

Tél. : 0671 27 30 61

Total des frais engagés : 2.200

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : chokik Ha.RIBA

Age: 53 Ans

Lien de parenté :

 Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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 : Casablanca

Le : 02/10/2012

Signature de l'adhérent(e) : B. Se

HO

### 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

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	12/11/2011	Voir facture	2000

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient

**Dr. Ghizlane EL HOUARI**

Spécialiste en Ophtalmologie



**د. غزلان الهواري**

اختصاصية في أمراض وجراحة العيون

Diplômée de la Faculté de Médecine - Casablanca

Ancien Ophtalmologue à l'hôpital 20 Août - Casablanca

Membre de la Société Française d'Ophtalmologie

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

طبيبة عيون مستشفى 20 غشت بالدار البيضاء سابقا

عضو بالجمعية الفرنسية لطب وجراحة العيون

## ORDONNANCE

Casablanca, le : **28 octobre 2020** ..... الدار البيضا، في :

**Mme CHAKIK Habiba**

Angiographie rétinienne à la fluorescéine

OCT maculaire *420*

Dr Ghizlane EL HOUARI  
Spécialiste en Ophtalmologie  
Bd Mohamed ZEFZAF N°53 1er Etage  
Bd Moumen du Ouiroune 2700157  
SIDI MOUEN 0522 270 0157



شارع محمد الزفزاف، رقم 53. الطابق الأول. سيدى مومن  
[أمام محطة الطرامواي التشارل] - الدار البيضا

Bd. Mohamed ZEFZAF, N°53, 1er Etage - Sidi Moumen - Casablanca

E-mail : dr.ghizlane.elhouari@gmail.com - 0522 70 01 57

**Dr. Ghizlane EL HOUARI**

Spécialiste en Ophtalmologie

Diplômée de la Faculté de Médecine - Casablanca

Ancien Ophtalmologue à l'hôpital 20 Août - Casablanca

Membre de la Société Française d'Ophtalmologie



**د. غزلان الهواري**

اختصاصية في أمراض وجراحة العيون

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

طبية عيون بمستشفى 20 غشت بالدار البيضاء سابقا

عضو بالجمعية الفرنسية لطب وجراحة العيون

# ORDONNANCE

Casablanca, le : ..... 13/08/20..... الدار البيضاء، في :

CHAKIK HABIBA

255<sup>e</sup> Nyctriatique

~~.....~~ ~~.....~~ ~~.....~~  
~~.....~~ ~~.....~~

~~.....~~

Dr. GHIZLANE EL HOUARI  
Boulevard Mohamed V, Casablanca  
Sous le niveau 63, 1er étage  
Téléphone : 0522 70 01 57



شارع محمد الزفزاف، رقم 53، الطابق الأول - سيدى مومن  
( أمام محطة الطرامواي التشارك، قرب مصحة الملاكمة ) الدار البيضاء

Bd. Mohamed ZEFZAF, N° 53, 1<sup>er</sup> Etage - Sidi Moumen - Casablanca

E-mail : dr.ghizlane.elhouari@gmail.com - 0522 70 01 57

**Dr. Ghizlane EL HOUARI**

Spécialiste en Ophtalmologie



**د. غزلان الهواري**

اختصاصية في أمراض وجراحة العيون

Diplômée de la Faculté de Médecine - Casablanca

Ancien Ophtalmologue à l'hôpital 20 Août - Casablanca

Membre de la Société Française d'Ophtalmologie

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

طبيبة عيون بمستشفى 20 غشت بالدار البيضاء سابقا

عضو بالجمعية الفرنسية لطب وجراحة العيون

## ORDONNANCE

Casablanca, le : 13/08/16 ..... الدار البيضاء، في :

Dr. Ghizlane EL HOUARI  
C.H.D.K.I.K - Spécialiste en Ophthalmo  
Bd. Mohamed Zefzaf, N° 53, 1<sup>er</sup> étage  
Sidi Moumen (Près du clinique des Anges)  
0522 70 01 57

RDV de Laser OSR

Dr. Ghizlane EL HOUARI  
Spécialiste en Ophthalmo  
Bd. Mohamed Zefzaf, N° 53, 1<sup>er</sup> étage  
Sidi Moumen (Près du clinique des Anges)  
0522 70 01 57

Dr. Ghizlane EL HOUARI  
Spécialiste en Ophthalmo  
Bd. Mohamed Zefzaf, N° 53, 1<sup>er</sup> étage  
Sidi Moumen (Près du clinique des Anges)  
0522 70 01 57

CLINIQUE ALMA

شارع محمد الزفزاف، رقم 53، الطابق الأول - سيدى مومن  
 أمام محطة الطرامواي التشارك، قرب مصحة الملايكة (الدار البيضاء)

Bd. Mohamed ZEFZAF, N° 53, 1<sup>er</sup> Etage - Sidi Moumen - Casablanca

E-mail : dr.ghizlane.elhouari@gmail.com - 0522 70 01 57

**CLINIQUE FRANCE VILLE**  
CENTRE CARDIOVASCULAIRE

Patient : Mme CHAKIK HABIBA  
Séjour : Du 12/11/2020 au 12/11/2020

**FACTURE**  
202006005  
Du : 12/11/2020

Etablie par : Z. Fatiha

Clinique

Prestation	Quantité	Prix Unitaire	Total
TOMOGRAPHIE EN COHERENCE OPTIQUE	1	1 000,00	1 000,00
ANGIOGRAPHIE RETINIENNE FLUORESCEINIQUE	1	1 000,00	1 000,00
<b>TOTAL CLINIQUE</b>			<b>2 000,00</b>

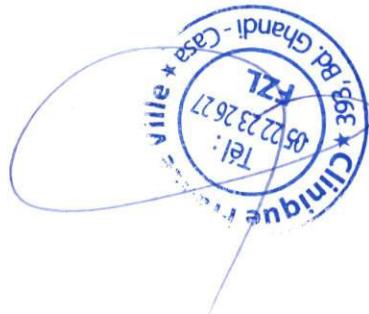
Encaissement Compte d'Autrui

Prestation	Quantité	Prix Unitaire	Total
<b>TOTAL AUTRUI</b>			0,00

Ventes en exonération de la TVA suivant l'article n°91-VI-1° du C.G.I

Arretée la presente facture à la somme de DEUX MILLE DIRHAMS

	<b>Patient</b>
<b>Total TTC</b>	2 000,00



**CLINIQUE FRANCE VILLE**  
CENTRE CARDIOVASCULAIRE  
Casablanca

NOM DU PATIENT : Mme CHAKIK HABIBA DATE DE NAISSANCE : 26/10/1967	Sejour : Du 12/11/2020 au 12/11/2020
	
Reçu N°: 145456	
Paiement du 12/11/2020 10h31	
Montant	2 000,00 Dh
Type de paiement	Espèce

Imprimé par : ZAHRI Fatiha Le 12/11/2020 10h31

