

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.

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.

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.

Maladie chronique :

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

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° P19- 059198

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3202 Société : 49795
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraité
Nom & Prénom : ARISS BENTELLOUN
Date de naissance : 03/07/1951
Adresse : HAY AL WALAA IMM 2 NR 17 TR 18
SECT 02 IIDI Momen CASA
Tél. : 0674 275 661 Total des frais engagés : 1900 Dh Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12 DEC 2020
Nom et prénom du malade : BA CHARIA Age : 7967 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 : 21 / 09 / 2020
Signature de l'adhérent(e) :

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
20/01/2007	Frais Clinique	1150	710,00	
	Frais Médicaux			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02/03/2007	83,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

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

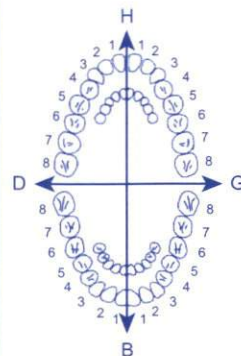
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

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
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

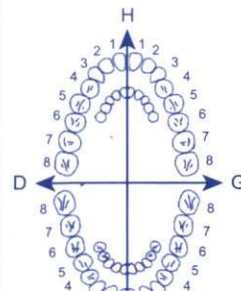
(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS



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 الهواری

اختصاصية في أمراض وجراحة العيون

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

طبيبة عيون بمستشفى 20 غشت بالدار البيضاء سابقا

عضو بالجمعية الفرنسية لطب وجراحة العيون

ORDONNANCE

Casablanca, le : 08/09/2018 : الدار البيضاء، في :

CHAKIK HABIBA

58700
A-I

Indocollare

75/4 3x1

12/15/00

9/25/90
Ryd

Hydraulic

206

83,90

[illegible]

1. **Police Station**
 2. **Police Station**
 3. **Police Station**
 4. **Police Station**
 5. **Police Station**
 6. **Police Station**
 7. **Police Station**
 8. **Police Station**
 9. **Police Station**
 10. **Police Station**
 11. **Police Station**
 12. **Police Station**
 13. **Police Station**
 14. **Police Station**
 15. **Police Station**
 16. **Police Station**
 17. **Police Station**
 18. **Police Station**
 19. **Police Station**
 20. **Police Station**
 21. **Police Station**
 22. **Police Station**
 23. **Police Station**
 24. **Police Station**
 25. **Police Station**
 26. **Police Station**
 27. **Police Station**
 28. **Police Station**
 29. **Police Station**
 30. **Police Station**
 31. **Police Station**
 32. **Police Station**
 33. **Police Station**
 34. **Police Station**
 35. **Police Station**
 36. **Police Station**
 37. **Police Station**
 38. **Police Station**
 39. **Police Station**
 40. **Police Station**
 41. **Police Station**
 42. **Police Station**
 43. **Police Station**
 44. **Police Station**
 45. **Police Station**
 46. **Police Station**
 47. **Police Station**
 48. **Police Station**
 49. **Police Station**
 50. **Police Station**
 51. **Police Station**
 52. **Police Station**
 53. **Police Station**
 54. **Police Station**
 55. **Police Station**
 56. **Police Station**
 57. **Police Station**
 58. **Police Station**
 59. **Police Station**
 60. **Police Station**
 61. **Police Station**
 62. **Police Station**
 63. **Police Station**
 64. **Police Station**
 65. **Police Station**
 66. **Police Station**
 67. **Police Station**
 68. **Police Station**
 69. **Police Station**
 70. **Police Station**
 71. **Police Station**
 72. **Police Station**
 73. **Police Station**
 74. **Police Station**
 75. **Police Station**
 76. **Police Station**
 77. **Police Station**
 78. **Police Station**
 79. **Police Station**
 80. **Police Station**
 81. **Police Station**
 82. **Police Station**
 83. **Police Station**
 84. **Police Station**
 85. **Police Station**
 86. **Police Station**
 87. **Police Station**
 88. **Police Station**
 89. **Police Station**
 90. **Police Station**
 91. **Police Station**
 92. **Police Station**
 93. **Police Station**
 94. **Police Station**
 95. **Police Station**
 96. **Police Station**
 97. **Police Station**
 98. **Police Station**
 99. **Police Station**
 100. **Police Station**

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

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

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

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

طبيبة عيون بمستشفى 20 غشت بالدار البيضاء سابقا

عضو بالجمعية الفرنسية لطب وجراحة العيون

ORDONNANCE

Casablanca, le : 28/09/20 : الدار البيضاء، في

CHAIK HABISA

facture :

Houari Abdelou

de Laser ODG à la somme de

1150,00 dirhams (Mille
Cent cinquante dirhams)

Dr Ghizlane EL HOUARI
Spécialiste en Ophtalmologie
Bd Mohamed ZEFZAF N° 53, 1^{er} Etage
Sidi Moumen (Près du clinique des Aïnes)
0522 70 01 57

Dr Ghizlane EL HOUARI
Spécialiste en Ophtalmologie
Bd Mohamed ZEFZAF N° 53, 1^{er} Etage
Sidi Moumen (Près du clinique des Aïnes)
0522 70 01 57

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

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

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

F A C T U R E

N° : 3110 du 02/09/2020

Médecin traitant : DR. ELHOUARI GHIZLANE

LASER ARGON (ODG)

Nom du patient	Modalité de paiement	Période hospitalisation
Mme CHAKIK HABIBA	PAYANT	02/09/20 02/09/20

Désignations des prestations	Lettres Clé	Nbre	Prix unitaire	Montant DH
FRAIS CLINIQUE LASER		1,00	750,00	750,00
			Sous/Total	750,00
Total clinique				750,00

Arrêtée à la somme de : SEPT CENT CINQUANTE DIRHAMS				TOTAL GENERAL	750,00
Encaissé esp.	Encaissé chèque	Total	Solde		
750,00		750,00			

CLINIQUE NOUR
D'OPHTALMOLOGIE
K.O
25, Route des Facultés, Oasis Casablanca
Tél: 05 22 23 49 89 LG / Fax: 05 22 23 49 87

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 0001227000000605 67



INPE 090060914

25, طريق الجامعات (طريق الجديدة سابقا)

تجزئة كنيمر-الوايزس - الدار البيضاء

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

البريد الإلكتروني : cliniquenour01@gmail.com - رقم ص : 090060914

الباتنتا : 36350533 - تج : 40143077 - صوضج : 8282733

م.م.ش : 001685652000087

التجاري وafa بنك: وكالة محج 2 مارس - التعريف البنكي : 007 780 0001227000000605 67