

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

## ditions 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## ctique :

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.

## ntaire :

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](http://www.mupras.com)

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3208 Société : 49797

Actif  Pensionné(e)  Autre : Retraité

Nom & Prénom : DRIS BEN YELLOUN

Date de naissance : 03/07/1951

Adresse : HAY AL WALKA 1MM 22 NR 17 TR 18

SECT 02 SIDI MOUHEN en CASA

Tél. : 06 71 23 06 61 Total des frais engagés : 19.00 Dhs Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

#### Cachet du médecin

Date de consultation : 12 DEC. 2020

Nom et prénom du malade : HABIBA Age : 7967

Lien de parenté :  Membre  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Accouchement

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 : GAST BLANG Le : 01/05/2020

Signature de l'adhérent(e) : SC

## 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
12 8 20	Praticien Dr. SAH		750 DH	
	Praticien Dr. SAH		1150	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. Farid SAH	12/8/20	193,00

## 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	

## 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS
	H 25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	D 00000000 00000000	DATE DU DEVIS
	B 00000000 35533411		G 00000000 11433553	DATE DE L'EXECUTION
	(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

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 : 12/08/12 الدار البيضاء، في :

CHAMIK HA BIBA

facture

Houarini Nocci

la 80 ODH à la 80

1150,00 Dhs (mille cent cinquante  
dirhams)

Dr. Ghizlane EL HOUARI  
Spécialiste Ophtalmologie  
Sidi Mohamed ZEFZAF N° 53, 1<sup>er</sup> étage  
Casablanca 10151  
Téléphone : 0522 70 01 57  
E-mail : dr.ghizlane.elhouari@gmail.com

شارع محمد الزفزاف، رقم 53 الطابق الأول - سيدى مومن  
أمام محطة الطرامواي التشارك، قرب مصحة الملائكة (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 Ophthalmologie



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 : 12/08/20 الدار البيضاء، في :

CHAKIR HABIBA

88, 1/1  
1L Indocolllyne  
agte 3x1)



13500 02 04/15  
11. Gol dual 15/6/15  
19310  
Dr. Ghizlane EL HOUARI  
Sidi Moumen (Casablanca) - 0522 70 01 57

2

Dr. Farid SAHNOUN  
Bd. Med Zefzaf Hay Al Wadid  
184 0522 73 73 60 - 056 0225 1762

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

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

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

# CLINIQUE NOUR D'OPHTHALMOLOGIE



# مصحة النور للعيون

## F A C T U R E

N° : 2905 du 12/08/2020

Médecin traitant : DR. ELHOUARI GHIZLANE

LASER ARGON (ODG)

Nom du patient	Modalité de paiement	Période hospitalisation		
Mme CHAKIK HABIBA	PAYANT	12/08/20 12/08/20		
Désignations des prestations	Lettres Clé	Nbre	Prix unitaire	Montant DH
FRAIS CLINIQUE LASER		1,00	750,00	750,00
			<b>Sous/Total</b>	750,00
			<b>Total clinique</b>	750,00

Arrêtée à la somme de :

SEPT CENT CINQUANTE DIRHAMS

**TOTAL GENERAL**

750,00

Encaissé esp.

Encaissé chèque

Total

Solde

CLINIQUE NOUR  
D'OPHTHALMOLOGIE  
25, Route des Facultés K.O  
(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  
AttijariWafaBank : Agence Avenue 2 Mars - RIB : 007 780 000122700000605 67

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

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



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 - روممص : 090060914

الباتننا : 36350533 - تج : 40143077 - صوضج : 8282733

م.م.ش : 001685652000087

التجاري وafa بنك: وكالة محج 2 مارس - التعريف البنكي :