

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.

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° W21-798621

159280

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 1699	Société : ROYAL AIR MAROC		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BELMIR SALAH.			
Date de naissance : 01-07-1953			
Adresse : LOT ISSAÏEN AL MASTAKBAL N° 55 CIR MAAROUF CARABIANA			
Tél. : 06641232860	Total des frais engagés : 2000,00 Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : DR. BOUZIAINE			
Date de consultation : 01/07/2023			
Nom et prénom du malade : Belmir salah Age : 70			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Appendicitis			
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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 03/07/2023



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
07.09.2013	Frais chirurgie basc aux gen	750		INP : 1234567890
	Frais medecin basc aux gen	12345		INP : 1234567890

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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.

Dr. Imane BOUZIANE

Ophthalmologist

Laureate of the Faculty of Medicine of Casablanca

Diplomé en imagerie et pathologies rétiniennes de Paris



الدكتورة إيمان بوزيان

طب و جراحة العيون

خريجة كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء

دبلوم في تصوير و أمراض شبكيّة العين

باريس - فرنسا

ORDONNANCE

27 avril 2023

Mr. BELMIR SALAH

RDV laser argon ODG

LE 01/05/2023 12H



مكتب بانوراما، عمارة 13، الطابق الأول، مكتب 2، شارع أبو بكر القادي، سيدى معروف - الدار البيضاء

Projet Panorama Office, Immeuble 13, 1er étage, Office 2, Bd Abou Bakr El Kadiri, Sidi Maarouf - Casablanca

Tél : 05 22 58 15 86 - ICE : 002464357000093 - INPE : 091239665



ORDONNANCE

le 01/05/2023

Compte rendu

Traitement par laser

Patient(e) :Mr. BELMIR SALAH

Diagnostic : déchirure rétinienne périphérique en ODG

Type de laser : ARGON

	ŒIL DROIT	ŒIL GAUCHE
Nombre d'impacts	300	300
Diamètre d'impacts	200 μ m	200 μ m
Puissance d'impacts	140 MW	140MW
Région traitée	nasal inf	nasal inf



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



F A C T U R E

N° 3 912 / 2023 du 01/05/2023

Nom patient	BELMIR SALAH	Entrée 01/05/2023	Sortie 01/05/2023
Prise en charge	PAYANT		

DR. BOUZIANE IMANE (OPHTALMOLOGISTE)

LASER ARGON (ODG)

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
FRAIS CLINIQUE LASER ARGON ODG	1,00		750,00	750,00
			Sous-Total	750,00
Total Frais Clinique				750,00
PRESTATIONS EXTERNES				
DR. BOUZIANE IMANE (ophtalmologiste)	1,00	K	1 250,00	1 250,00
			Sous-Total	1 250,00
Total prestations externes				1 250,00

Total général 2 000,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

DEUX MILLE DIRHAMS

Encaissements	Spécificité	Montant	Total encaissé	Solde
Encaissements	Spécificité	Montant	Total encaissé	Solde

Dr. B.C.U.ZIA ME ISMAIL
Optician Optometrist
Promotionalist LMN 13, 1st
Floor, Bureau 2 Bd. Abu Bakr
Kabut, Silo Marmout, Casablanca
El Berr, El Berr, El Berr, El Berr

Total enc
2 00



INPE 090060914