

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.

Déclaration de Maladie

N° W21-779143



<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 1696 Société : 160066			
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : ASSIL AAL			
Date de naissance : 01-06-1956			
Adresse : CASA OULFA lot EKAFA lot 44			
Tél. : 0661693366 Total des frais engagés : 145021 Dhs			

Autorisation CNLP N° : A-A-215/2013

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : 28/01/2023	
Nom et prénom du malade : ASSIL AAL	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Frère / Soeur <input type="checkbox"/> Mère / Père <input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie : Affection oculaire	
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 : CASA Le : 28/01/2023	



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
28/02/23	CS		300 Dhs	INP : 091310001 Dr BOUZIAN Inhalomologiste 12 Bd Abou Bakr Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Mme KABAJI Lotissement CASABLANCA 01-05 22 934 190	28/2/23	150,-

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet ou signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. BOUAFIA Optima Medical Optics Office, 10M Rue Abou Bakr El Maacour 2 Bd. Abou Casablanca	28/02/23	0. CT	4000 Dhs

AUXILIAIRES MÉDICAUX®

Cachet et signature du Particulier	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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																	
				Coefficient des travaux <input type="text"/>																	
				Montants des soins <input type="text"/>																	
				Début d'exécution <input type="text"/>																	
				Fin d'exécution <input type="text"/>																	
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des travaux <input type="text"/>																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2">00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td>G</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000		00000000	35533411		11433553	B		G	Montants des soins <input type="text"/>
H																					
25533412	21433552																				
00000000	00000000																				
D																					
00000000		00000000																			
35533411		11433553																			
B		G																			
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			Date du devis <input type="text"/>																	
				Date de l'exécution <input type="text"/>																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Imane BOUZIANE

Ophthalmologist

Lauréate de la faculté de médecine de Casablanca

Diplômée en imagerie et pathologies rétinianes 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

28 février 2023

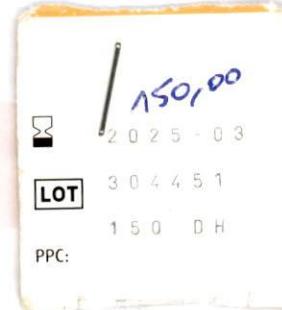
Mr. ASSIL Allal

150,-

HYLOPARIN : Collyre



1 goutte x 4 /j, dans l'œil gauche, pendant 15 jours



150,-

Pharmacie Zoubir
Mme KARBAJIA JAM
Lotissement Zouhour 151 Imm. 6
CASABLANCA
Tél : 0522 934 190

Dr. BOUZIANE Imane
Ophthalmologist
Panorama Office, IMMEUBLE 13, 1^{er}
Etage, Bureau 2/Bd Abou Bakr El
Kadiri, Sidi Maarouf- Casablanca



COMPTE RENDU OCT MACULAIRE ORDONNANCE

28/02/2023

PATIENT : Mr. ASSIL Allal

Age : 66 ans

Œil DROIT :

- Membrane épi rétinienne mature
- Effacement de l'entonnoir fovéolaire
- épaississement maculaire de 343 µm
- Absence de DSR et/ou de DEP
- Hyper réflectivité normale du complexe Bruch-EP

Œil gauche :

- Membrane épi rétinienne immature
- épaississement maculaire de 331 µm
- Absence de DSR et/ou de DEP
- Hyper réflectivité normale du complexe Bruch-EP

Dr. BOUZIANE Imane
Ophtalmologiste
Panorama Office, Immeuble 13, 1^{er} étage, Bureau 2 Bd Abou Bakr El Sidi Maarouf - Casablanca

Dr. Imane BOUZIANE

Ophtalmologiste

Lauréate de la faculté de médecine de Casablanca

Diplômée en imagerie et pathologies rétinienennes de Paris



الدكتورة إيمان بوزيان

طب و جراحة العيون

خريجة كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء

دبلوم في تصوير و أمراض شبکية العین

باريس - فرنسا

ORDONNANCE

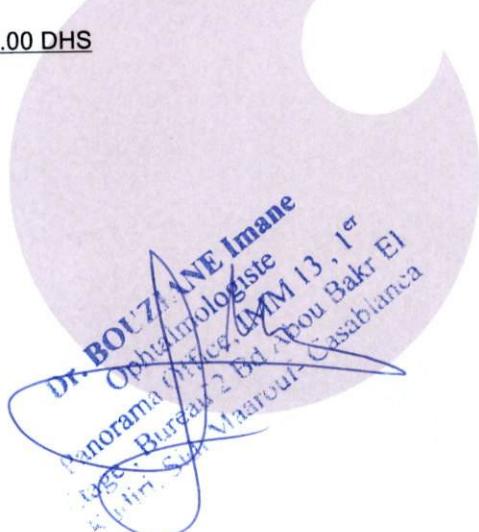
28 février 2023

Mr. ASSIL Allal

FACTURE

OCT MACULAIRE et PAPILLAIRE FAITE CE JOUR

FRAIS / 1000.00 DHS



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