

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° W21-803973

163999

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) Matricule : 1699 Société : ROYAL AIR MAROC

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BELMIR SALAH

Date de naissance : 01-07-1953

Adresse : 167, ISSEMENT AL MOUSETAK/SAL N° 55

SIDI MAAROUF CASABLANCA

Tél. : 06 61 23 23 6 Total des frais engagés

Dr. BOUZIANE Imane

Panorama Office, Bureau 2 Bd Abou Bakr El

Sidi Maarouf, Casablanca 2205, 00 Dhs

163999

163999

163999

163999

163999

163999

163999

163999

163999

163999

163999

163999

163999

163999

163999

163999

163999

163999

163999

163999

163999

163999

163999

163999

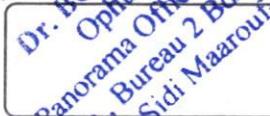
163999

163999

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 02/06/2019

Nom et prénom du malade : Belmira salah Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Aggession 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 fournis sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA Le : 10/06/2019

Signature de l'adhérent(e) : I. BOUZIANE

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|----------|--|
| PHARMACIE OUAZZANI AL MOSTAFA Dr. Chahidi El Ouazzani Al Mostafa Diplôme de l'U.G. Belgique 75, Lot. Al Mostafa, Casablanca - Tél.: 05 22 97 55 08 002834127000828 | 02/06/23 | PHARMACIE OUAZZANI AL MOSTAFA Dr. Chahidi El Ouazzani Al Mostafa Diplôme de l'U.G. Belgique 75, Lot. Al Mostafa, Casablanca - Tél.: 05 22 97 55 08 Casablanca - Tél.: 002834127000828 INPE: 0920250510 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

| 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 canalaires, 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"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | H <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> </table> | | | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | | B | | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | G | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | G | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| [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. Imane BOUZIANE

Ophthalmologiste

Lauréate de la faculté de médecine de Casablanca

Diplômée 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

18 mai 2023

Mr. BELMIR SALAH

BARRAGE laser argon odg

rdv le 02/06/2023 à 11h00 à la clinique NOUR

ACCESIL
CLINIQUE Nour D'OPHTALMOLOGIE
28, Angle Rue des Premiers et Route
des Facultés Oasis Casablanca
PR : E-mail : 05 22 23 49 89 / Fax : 05 22 23 49 87

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



ORDONNANCE

le 02/06/2023

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 µm | 200µm |
| Puissance d'impacts | 140 MW | 140MW |
| Région traitée | temporal inf | temporal inf |

Dr BOUZIANE Imane
Ophtalmologiste
Panorama Office, Immeuble 13, 1er étage, Office 2, Bd Abou Bakr El Kadiri, Sidi Maarrowi, Casablanca
Tél : 05 22 58 15 86 - ICE : 002464357000093 - INPE : 091239665



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



F A C T U R E

N° **5 139** / 2023 du **02/06/2023**

| Nom patient | BELMIR SALAH | Entrée | Sortie |
|-----------------|---------------------|------------|------------|
| Prise en charge | PAYANT | 02/06/2023 | 02/06/2023 |

DR. BOUZIANE IMANE (OPHTALMOLOGISTE)

LASER ARGON (ODG)

| | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire | Montant |
|--------------------------------------|--------|------------|---------------|-----------------|
| <i>PRESTATIONS INTERNES</i> | | | | |
| FRAIS CLINIQUE LASER ARGON ODG | 1,00 | | 750,00 | 750,00 |
| | | | Sous-Total | 750,00 |
| Total Frais Clinique | | | | 750,00 |
| <i>PRESTATIONS EXTERNES</i> | | | | |
| 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 | Espèces | Total encaissé | Solde |
|---------------|-----------------|-----------------|-------------|
| | 2 000,00 | 2 000,00 | 0,00 |

ACCUEIL
CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE
28, Angle Rue des Palmiers et Route des Facultés, Oasis - Casablanca
Tél : 05 22 23 49 89 LG / Fax : 05 22 23 49 87
Patente : 34751148 • I.F. : 40143077 • CNSS : 8282733 • I.C.E : 002782953000058 • AttijariWafaBank : Agence Av. 2 Mars - RIB : 007 780 0001227000000605 67

ACCUEIL
CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE
28, Angle Rue des Palmiers et Route des Facultés, Oasis - Casablanca
Tél : 05 22 23 49 89 LG / Fax : 05 22 23 49 87
Patente : 34751148 • I.F. : 40143077 • CNSS : 8282733 • I.C.E : 002782953000058 • AttijariWafaBank : Agence Av. 2 Mars - RIB : 007 780 0001227000000605 67

BOUZIANE Imane
Ophtalmologiste
Panorama Office, 1^{er} étage, 13^{me} étage
Bureau 2^{me} étage, Casablanca
Tél : 05 22 23 49 87
Fax : 05 22 23 49 87



INPE 090060914