

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 canaux, 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 canaux.

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.



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 : LOTISSEMENT AL MOUSTAKBAL N°55

SIDI MAAROUF CASABLANCA

Tél : 066123236 Total des frais engagés : 2205,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02/06/2023

Nom et prénom du malade : Belmir Salah Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

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 : CASABLANCA Le : 06/06/23

Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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

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
02/06/23	Frais c st que		1250	INP: 0809097974
02/06/23	Frais médecin		1250	

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
02/06/23	Frais de que l'opérateur	150	150	INF: 0800000000
02/06/23	Frais medecin l'opérateur	1250	1250	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE OUAZZANI AL MUSTAKAL Dr. Chahidi El Ouzzani Diplôme de l'U.G. Belgique Al Mostakal Sidi Maârouf Tél.: 05 22 97 53 08 Fax: 05 22 97 53 08 ICE: 002834127000028</p>	<p>02/06/23</p>	<p>PHARMACIE OUAZZANI AL MUSTAKAL Dr. Chahidi El Ouzzani Diplôme de l'U.G. Belgique Al Mostakal Sidi Maârouf Tél.: 05 22 97 53 08 Fax: 05 22 97 53 08 ICE: 002834127000028</p>

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02/06/23	
		
		
		
		
		
		
		

[illegible]

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

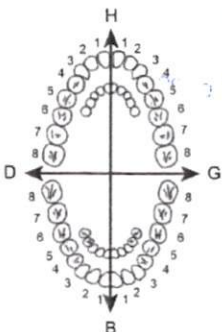
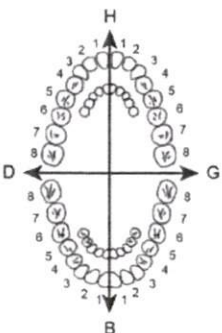
[illegible]

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 canaux, 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"/>
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G </div> </div> <hr/> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 B </div> </div>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

[illegible]

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Imane BOUZIANE

Ophtalmologiste

Lauréate de la faculté de
médecine de Casablanca

Diplômée en imagerie et
pathologies rétinienne de Paris



INDOCOLLYRE 0,1% LOT/عيار H8956
Collyre 5ml FAB/تاريخ الإنتاج 10-2022
ZENITH PHARMA EXP/تاريخ الانتهاء 03-2024
ARM N°155/19/DMP/21/NRQDNM
6118001270088 PPV : 58,00 DHS

دبلوم في تصوير و أمراض شبكية
بباريس - فرنسا

ORDONNANCE

02 juin 2023

Mr. BELMIR SALAH

58.00
INDOCOLLYRE

1 goutte 3 fois par jour , dans les deux yeux, pendant 10 jours

147
THEALOSE COLLYRE

1 goutte 3 fois / jour et à la demande, dans les deux
Mois

PHARMACE QUAZZANI AL MOSTAKAL
Dr. Chahidi El Ouazzani Na
Diplômée de l'ULG, Belgique
75, Lot 119, Sidi Maarouf
Casablanca - Tél: 05 22 97 53 08
INPE: 092025931 - ICE: 00283412700028

PHARMACE QUAZZANI AL MOSTAKAL
Dr. Chahidi El Ouazzani Na
Diplômée de l'ULG, Belgique
75, Lot 119, Sidi Maarouf
Casablanca - Tél: 05 22 97 53 08
INPE: 092025931 - ICE: 00283412700028
205.00

MA
3 662042 003295
Distribué au Maroc par :
Laboratoires SOTHEMA
B.P. N°1, 27182 Bouskoura - Maroc
N° Homologation Maroc :
1573/2016/DMP/20/DM
PPV : 147,00 DH

DR. BOUZIANE Imane
Ophtalmologiste
Panorama Office, Immeuble 13, 1er étage,
Bd Abou Bakr El Kadir, Sidi Maarouf - Casablanca
Tél: 05 22 58 15 86 - ICE: 002464357000093 - INPE: 091239665

مكاتب بانوراما، عمارة 13، الطابق الأول، مكتب 2، شارع أبو بكر القادري، سيدي معروف - الدار البيضاء

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

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

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 شبكية العين
بباريس - فرنسا

ORDONNANCE

18 mai 2023

Mr. BELMIR SALAH

BARRAGE laser argon odg

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

ACCUEIL
CLINIQUE NOUR OPHTALMOLOGIE
28, Angle Rue des Palmiers et Route
des Facultés Oasis Casablanca
PR : El
Tel : 05 22 23 49 89 LG / 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

مكاتب بانوراما، عمارة 13، الطابق الأول، مكتب 2، شارع أبو بكر القادري، سيدي 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 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 μ m	200 μ m
Puissance d'impacts	140 MW	140MW
Région traitée	temporal inf	temporal inf

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



F A C T U R E

N° 5 139 / 2023 du 02/06/2023

Nom patient	BELMIR SALAH	Entrée 02/06/2023	Sortie 02/06/2023
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
<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>		
DEUX MILLE DIRHAMS		

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	2 000,00				2 000,00	0,00



INPE 090060914

28, Angle Rue des Palmiers et Route des Facultés, Oasis - Casablanca • Tél.: 05 22 23 49 89 LG • Fax : 05 22 23 49 87 • E-mail : cliniquenour01@gmail.com

INPE : 090060914 • Patente : 34751148 • I.F. : 40143077 • CNSS : 8282733 • I.C.E : 002782953000058 • AttijariWafaBank : Agence Av. 2 Mars - RIB : 007 780 0001227000000605 67

28، زاوية زنقة النخل وطريق الجامعات، الوانيس - الدار البيضاء • الهاتف: LG 05 22 23 49 89 • الفاكس: 05 22 23 49 87 • البريد الإلكتروني: cliniquenour01@gmail.com

007 780 0001227000000605 67 • التعريف النكي • وكالة محج 2 مارس • م.م.ش: 002782953000058 • التجاري وفا بنك • ص.م.ش: 8282733 • ت.ج: 40143077 • الباتنتا: 34751148 • 090060914 • روم.م.ش: