

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Pathologie 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.

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.

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

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° P19- 0044282

83806

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7933 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : EL MAZIANI MUSTAPHA
Date de naissance : 19-04-1952
Adresse : LOT FATH2 N°21 FLORIDA
Sidi Maarouf Casablanca
Tél. : 0661106716 Total des frais engagés : 649,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 20-05-2021
Nom et prénom du malade : EL MAZIANI Mustapha 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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
20 MAI 2021	Ce		259,00	Dr. Mohammed MADI OPHTALMOLOGISTE 105, Av. 2 Mars - Casablanca Tel : 05 22 83 50 61 - Gsm : 06 61 52 82 11

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

30 BIS FORT ST MARI
CASABLANCA
Tel: 0522 78 62 09
VIA PHARM

20/05/21 149,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

Dr. Mohammed MADI
OPHTALMOLOGISTE
105, Av. 2 Mars - Casablanca
Tel : 05 22 83 50 61 - Gsm : 06 61 52 82 11

20/05/21 222 (Kw) 259,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

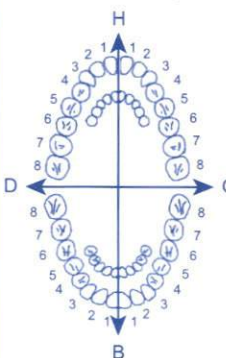
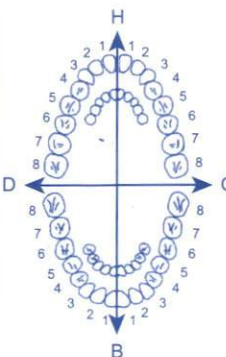
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCOEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table><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>D</td><td>G</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr><tr><td colspan="2">B</td></tr></table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
				MONTANTS DES SOINS														
			DATE DU DEVIS															
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Mohammed MADI

OPHTALMOLOGISTE

Diplômé de la Faculté de Médecine de Rabat .

Membre de la Société Française d'Ophthalmologie

Ancien Ophthalmologiste des Hôpitaux

Bouafi et My Youssef de Casablanca

Microchirurgie de la Cataracte - Strabisme - Rétine

Angiographie - Laser



INPE 091096149



الدكتور محمد الماضي
اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

خريج كلية الطب بالرباط
عضو الجمعية الفرنسية لطب العيون

طبيب اختصاصي سابقاً بمستشفيات
بوافي و مولاي يوسف بالدار البيضاء

جراحة إجلالة - حول العين - الشبكة
تخطيط أوعية الشبكة - الليزر

I.C.E.: 001751624000054

Casablanca, le 20 mai 2021

Mr. EL MAZYANI MUSTAPHA

ZERODUE COLLYRE

1 goutte, 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 2

ZIMAJ MEDICAL
PPC
74.60 DHS

ZIMAJ MEDICAL
PPC
74.60 DHS

دكتور محمد الماضي
اختصاصي في أمراض وجراحة العيون
Dr. Mohammed MADI
OPHTALMOLOGISTE
105, Av. 2 Mars Casablanca
Tél : 05 22 83 50 61 - Gsm : 06 61 52 82 11

Docteur Mohammed MADI

OPHTALMOLOGISTE

Diplômé de la Faculté de Médecine de Rabat

Membre de la Société Française d'Ophthalmologie

Ancien Ophtalmologiste des Hôpitaux

Bouafi et My Youssef de Casablanca

Microchirurgie de la Cataracte - Strabisme - Rétine

Angiographie - Laser



INPE 091096149



الدكتور محمد الماضي
اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

خريج كلية الطب بالرباط
عضو الجمعية الفرنسية لطب العيون

طبيب اختصاصي سابقا بمستشفيات
بوافي و مولاي يوسف بالدار البيضاء

جراحة إجلالة - حول العين - الشبكة
تخطيط أوعية الشبكة - الليزر

I.C.E.: 001751624000054

Casablanca, le 20 mai 2021

Mr. EL MAZYANI MUSTAPHA

PREVOIR PACHYMETRIE (D222)

Contexte : HYPERTONIE OCULAIRE BILATERALE

الدكتور محمد الماضي
اختصاصي في أمراض و جراحة العيون
Dr. Moham MADI
OPHTALMOLOGISTE
105, Av. 2 Mars - Casablanca
Tél : 05 22 83 50 61 - Gam : 06 61 52 82 11

E-mail : madi2006@menara.ma

20/05/2021

IMAGENet

Print Date
20/05/2021 13:31:53

TOPCON

Anterior Radial Report OU

ID: 0002

Name: test

Maestro2

Ethnicity

Gender: Female

DOB: 01/01/1940 Age: 81

Technician

Fixation: External External

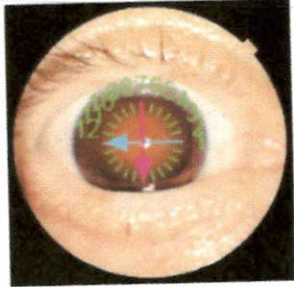
Scan: Radial 6.0mm - 1024x128

OD(R)

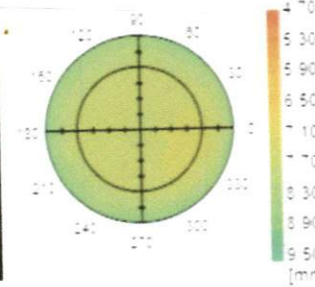
Signal Strength: 38 Analysis mode: Fine (3.0/2.0)
Capture Date: 20/05/2021

OS(L)

Analysis mode: Fine (3.0/2.0) Signal Strength: 50
Capture Date: 20/05/2021

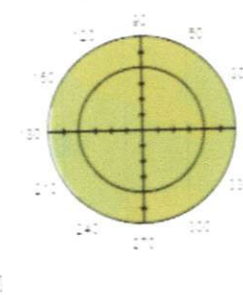


Corneal Curvature Radius Map



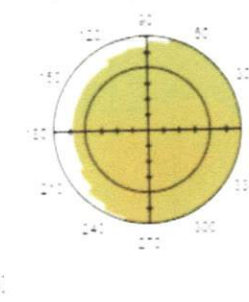
Center Curvature Radius: H: 7.56mm
Center Curvature Radius: V: 7.69mm

Corneal Thickness Map



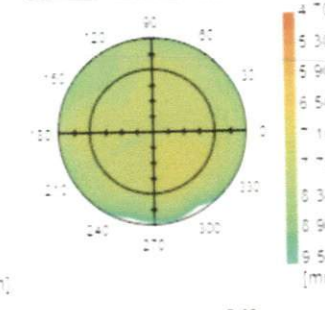
Center Corneal Thickness: 594 micrometers

Corneal Thickness Map

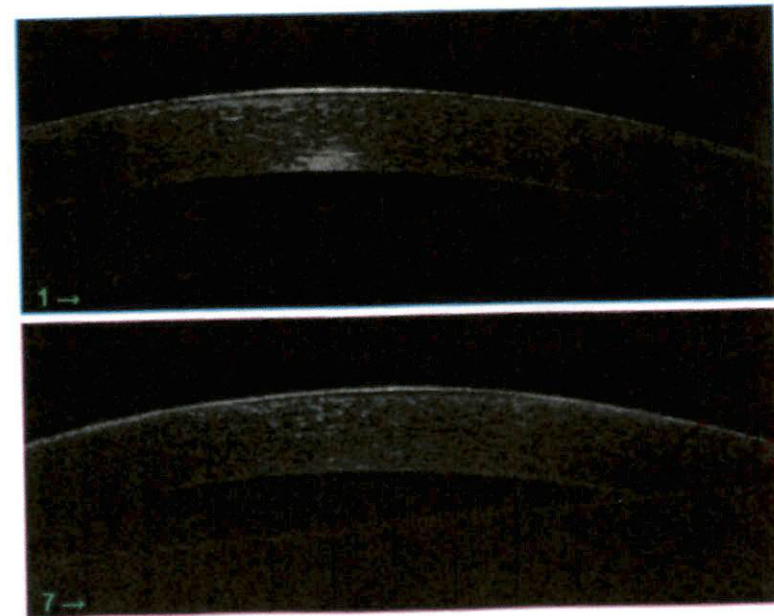
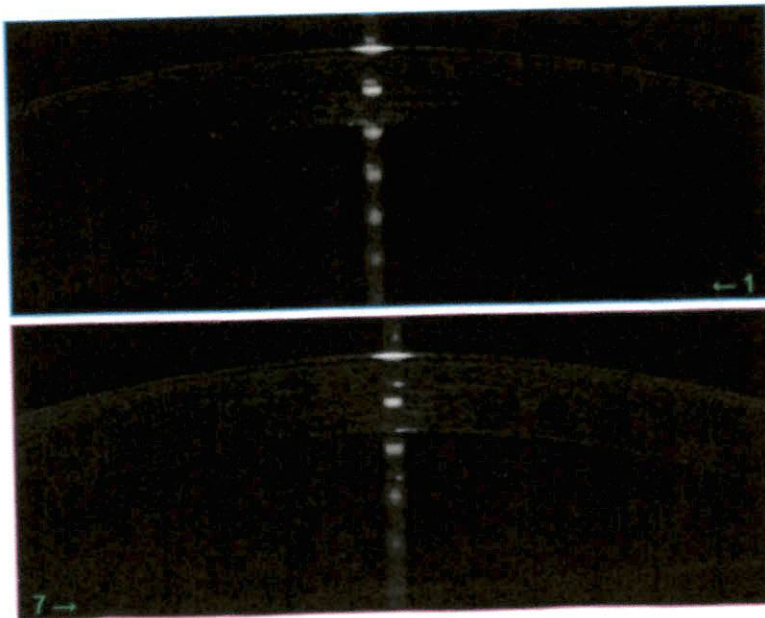
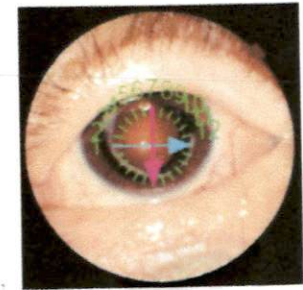


Center Corneal Thickness: 635 micrometers

Corneal Curvature Radius Map



Center Curvature Radius: H: 7.63mm
Center Curvature Radius: V: 7.63mm



الطبيب المختص في أمراض العين
Dr. Mohamed MADI
OPHTHALMOLOGIST
2, 2 Mars, Casablanca
283 50 61 Gsm: 06 61 52 82

Comments: MR EL MAZIANI MUSTAPHA
CORNEE EPAISSE A 594 A DTE ET 635 MICRONS A GAUCHE

Signature: Corne'e epaisse à 594 microns à droite et 635 microns à gauche Date: 20/05/2021



mustapha elmazyani <elmazyanimustapha@gmail.com>

Réponse automatique : dossier N°P19-044282

1 message

RFM MUPRAS <rfm@mupras.com>

10 août 2021 à 11:18

À : mustapha elmazyani <elmazyanimustapha@gmail.com>

Bonjour,

Nous accusons réception de votre email.

Votre dossier est en cours de vérification et de traitement, un email vous sera envoyé ultérieurement pour valider la conformité ou demander un complément de dossier.

IMPORTANT:

Il est à noter également que le dépôt des demandes de remboursement en ligne ne vous dispense pas du dépôt des dossiers de maladie originaux dans un délai maximum d'un mois après la date de fin de validité du dossier, sous peine de rejet de votre dossier.

Bien à vous,

MUPRAS