

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.

N° W21-795547

58831

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

STATION MAAROUF

Tél. : 0661132860 Total des frais engagés : 2000,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. BOUZIANE IMANE
Dr. Optometriste, MM 13, 1^{er} étage, Rue Mohamed Fakir et Casablanca

Date de consultation :

26/04/2023

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

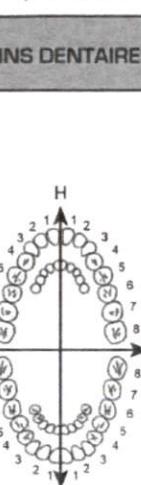
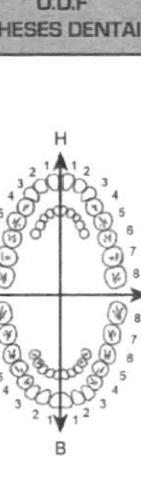
Le : 26/04/2023

Signature de l'adhérent(e) :



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
26.06.23	Frais clinique Lassen cnyon.0.DW		7501.00	INPA
	Frais medecin Lassen cnyon.0.DW		1250.00	INPA

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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"/>																					
																									
CŒFFICIENT 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 PROTHÈSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">35533411</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B			G	00000000	00000000	35533411			11433553			B			
	H	25533412	21433552																						
	D	00000000	00000000																						
	B																								
	G	00000000	00000000																						
	35533411																								
	11433553																								
	B																								
	CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																								
	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																								
DATE DU DEVIS <input type="text"/>																									
DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>																									
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																									
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																									
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION																									

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 والصيدلة بالدار البيضاء

دبلوم في تصوير و أمراض شبكيّة العين

باريس - فرنسا

ORDONNANCE

17 avril 2023

Mr. BELMIR SALAH

Laser argon

barrage laser des déchirures rétiniennes au niveau de l'extrême périphérie en ODG

RON le 21/04/2023

- a ghoo

ACCUEIL
CLINIQUE NOURDORHAL IMMOBILIER
28 Angle rue des Facultés et Bd des Martyrs - Casablanca
Tel: 05 22 23 49 89 16 / Fax: 05 22 23 49 87

Dr. BOUZIANE Imane
Ophthalmologiste
Panorama Office, MM 13, 1^{er}
Etage, Bureau 4, Bd Abou Bakr El
Kadiri, Sidi Maarouf - Casablanca

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 26/04/2023

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	140MW	140MW
Région traitée	sup nasal temporale inf	sup nasal temporale inf

Dr. BOUZIANE Imane
Ophtalmologiste
Panorama Office, Immeuble 13, 1er étage, Office 2, Bd Abou Bakr El Kadiri, Sidi Maarouf - Casablanca
E-mail : Sidi Maarouf - Casablanca
Bureau : Bd Abou Bakr El Kadiri, Sidi Maarouf - Casablanca



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



F A C T U R E

N° **3 779** / 2023 du **26/04/2023**

Nom patient	BELMIR SALAH	Entrée	Sortie
Prise en charge	PAYANT	26/04/2023	26/04/2023

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

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

ACCUEIL
28, Angle Rue des Palmiers et Route des Facultés
des Facultés Oasis - Casablanca
PR : El
Tél: 05 22 23 49 89 LG / Fax: 05 22 23 49 87

ACCUEIL
28, Angle Rue des Palmiers et Route
des Facultés Oasis - Casablanca
PR : El
Tél: 05 22 23 49 89 LG / Fax: 05 22 23 49 87

Kadira, Siâdi Marouf - Casablanca
Elage, Bureau 2 Bd. Abu Bakr El
Program Office, I.M. 13, 1^{er}
Dr. BOUZIANE IMANE



INPE 090060914

28, Angle Rue des Palmiers et Route des Facultés, Oasis - Casablanca • Tél.: 05 22 23 49 87 • 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 000122700000605 67

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

رقم مص: 090060914 • الباتننا: 34751148 • تج: 40143077 • م.م.ش: 8282733 • صورچ: 002782953000058: وكالة محج 2 مارس • التعريف البنكي: 007 780 000122700000605 67