

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.



Déclaration de Maladie

N° W21-723055

161485

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 828 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : NADIA R'KIA

Date de naissance : N° 1595 Massara 1 Temara

Adresse :

Tél. : 06 66403007 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie :

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de TOUTE

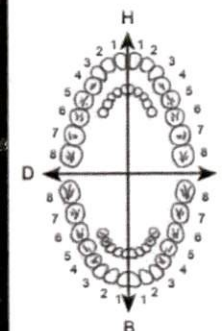
SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient

INP :



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

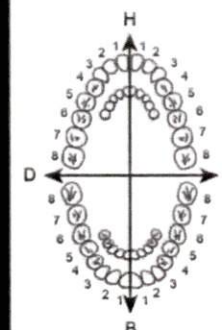
H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 G 00000000
35533411 11433553
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



(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. Hafssa ES-SAFI

Ophtalmologiste

Maladies et Chirurgie des yeux
Diplômée de la faculté de médecine
de Rabat et de Marrakech

Diplôme de la faculté de médecine
de Lyon (France)

Chirurgie de la cataracte - Laser - OGT
Angiographie - Retine - Ophtalmo pédiatrie



الدكتورة حفصة الصافي

اختصاصية في طب وجراحة العيون

خريجة كلية الطب بالرباط ومراكش

دبلوم في طب العيون ليون (فرنسا)

جراحة الجلالة - الليزر

أمراض شبكية العين

طب و جراحة عيون الأطفال

01 avril 2023

NADIR Rkia

pec Angiographie rétinienne à la fluorescéine

Cur • **مصحة العيون الرباط**
Clinique de la Vision de Rabat
Exploration 1
24 Avenue Ibn-Khaldoune, Agdal - Rabat
Tél : 06 37 67 66 64 - Fax : 06 37 72 51

Dr. Hafssa ES-SAFI

Ophtalmologiste

4, Rue Trabless, Hassan - Rabat

Tél : 05 37 20 20 78

4, Rue Trabless (Près de la Préfecture de police) Hassan - Rabat

Tél : 05 37 20 20 78 / 06 73 06 90 07

E-mail : dr.essafi.hafssa@gmail.com

4, زنقة طرابلس (قرب ولاية الأمن) حسان - الرباط

CLINIQUE DE LA VISION DE RABAT

FACTURE

Date : 06/04/2023
Numéro : 9 864



100061548

Nom patient : NADIR RKIA

Médecin : DR. ES SAFI HAFSSA
OPHTALMOLOGUE

23D061024

PAYANT

	Montant
ANGIOGRAPHIE RETINIENNE	1 000,00

Total 1 000,00

Arrêtée la présente à la somme de :
MILLE DIRHAMS

مصلحة العيون الرباط
Clinique de la Vision de Rabat
Exploration 1
26, Avenue Ibn Khaldoun, Agdal
Tél : 05 37 67 66 66 Fax : 05 37 77 72 51 / CNSS 9622425 / ICE 001702042000071



مصحة العيون الرباط
Clinique de la Vision de Rabat



PT230401135249

06 avril 2023



06/04/2023

PATIENT : Mme NADIR RKIA

Age : 75 ans

1 ANTECEDENT: DIABETE HTA

2 OPÉRATEUR:

Compte rendu angiographie rétinienne

Oeil droit:

-Rétinopathie diabétique proliférante sévère
avec oedème maculaire cystoïde

Oeil gauche:

-Rétinopathie diabétique proliférante sévère
avec oedème maculaire

Conclusion:

rétinopathie diabétique proliférante sévère , oedème maculaire ++++necessite des seances de laser avec IVT d avastin

Dr. Hafssa ES-SAFI
Ophtalmologiste
4, Rue Trabelssi Hassan - Rabat
Tél : 05 37 20 20 78
GSM : 06 67 79 67 46 (S)

26, Avenue Ibn-Khaldoun - Rabat - Maroc
Tél : 05 37 67 66 66 (Ligne groupée) - Fax : 05 37 77 72 51
contact@cliniquevisionrabat.ma @cliniquevisionrabat.ma
PATENTE : 25741396 - IF : 14471365 - CNSS : 9622425 - INPE : 100061548



Siteweb