

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 canalaire, 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 canalaire.

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M22- 0024629

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1843

Société : M22-0024629

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : WAHIDI FATIMA

Date de naissance : 03

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Mohamed BENNANI
Ophtalmologiste
54, Bd. Rachid - Casablanca
Tél. : 0522 22 40 24 / 0522 22 62 22

Date de consultation : 19/1/2023

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

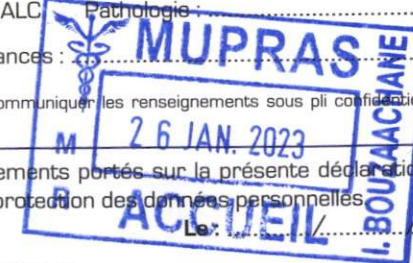
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 :

Signature de l'adhérent



Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

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

Dr. Mohamed BENMAM
Ophthalmologie
54, Bd. Mohammed VI - Casablanca
Tél.: 0522 22 40 22 / 0522 22 62 22

19/1/23

U6

1500 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

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 :

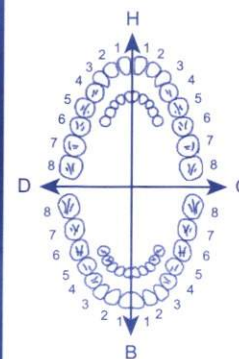
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient



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	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

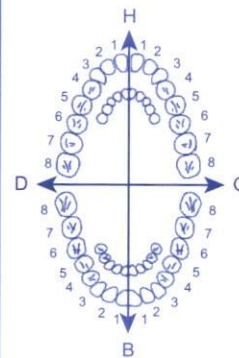
[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Mohamed BENNANI

Ophtalmologiste

Chirurgie vitréo - rétinienne

Ancien résident du Collège de Médecine
des Hôpitaux de Paris

الدكتور محمد بناني

طب العيون

أمراض وجراحة الشبكية

داخلي سابقا بمستشفيات باريس

CASABLANCA, le jeudi 19 janvier 2023

ANGIOGRAPHIE OCT DU 19/01/2023

Mme WAHIDI FATIHA

Contexte :

Diabète. NON CONTROLE

Clichés monochromatiques et séquence angiographique oeil droit :

Quelques impacts laser

Nombreux microanévrismes , hyperfluorescence avec bouquets néovasculaire

OCT oeil droit :

bonne dépression fovéolaire ; absence d'oedème maculaire

Epaisseur centrale 272 μ

Clichés monochromatiques et séquence angiographique oeil gauche

Quelques impacts laser , hyperfluorescence sur bouquets néovasculaires

OCT oeil gauche :

léger oedème diffus , épaisseur centrale 285 μ

Conclusion :

Rétinopathie proliférante minime

Conduite :

Laser NAVILAS

Docteur Mohamed BENNANI
Ophtalmologiste
54, Bd Rachidi - Casablanca
Tél.: 0522 22 40 22 / 0522 22 62 22

Docteur Mohamed BENNANI

Ophtalmologiste

Chirurgie vitréo - rétinienne

Ancien résident du Collège de Médecine
des Hôpitaux de Paris

الدكتور محمد بناني

طب العيون

أمراض وجراحة الشبكية

داخلي سابقا بمستشفيات باريس

CASABLANCA, 19/01/2023

HONORAIRES : **Mme WAHIDI FATIHA**

Acte : Angiographie numérisée & OCT : K80 .

Montant : 1500 DHS (MILLE CINQ CENT DIRHAMS) .

Docteur Mohamed BENNANI
Ophtalmologiste
54, Bd. Rachidi - Casablanca
Tél.: 05 22 22 40 22 / 05 22 22 62 22

Docteur Mohamed BENNANI

Ophthalmologiste

Chirurgie vitréo - rétinienne

Ancien résident du Collège de Médecine
des Hôpitaux de Paris

الدكتور محمد بناني

طب العيون

أمراض وجراحة الشبكية

داخلي سابقا بمستشفيات باريس

Casablanca, le 19 janvier 2023

WAHIDI FATIHA

ANGIO + OCT

Docteur Mohamed BENNANI

Ophthalmologiste

54, Bd. Rachidi - Casablanca

Tél.: 05 22 22 40 22 / 05 22 22 62 22

54, Bd Rachidi - Casablanca - Tél. : 05.22.22.40.22/05.22.22.62.22 Fax : 05.22.22.73.22
05.22.22.73.22 : الفاكس - 05.22.22.62.22/05.22.22.40.22 : الهاتف - شارع الراشدي الدار البيضاء - ICE 001709416000017

ICE 001709416000017

Thickness Map Single Exam Report

SPECTRALIS® Tracking Laser Tomography

**HEIDELBERG
ENGINEERING**

Patient: WAHIDI, FATIHA

DOB: 02/mars/1963

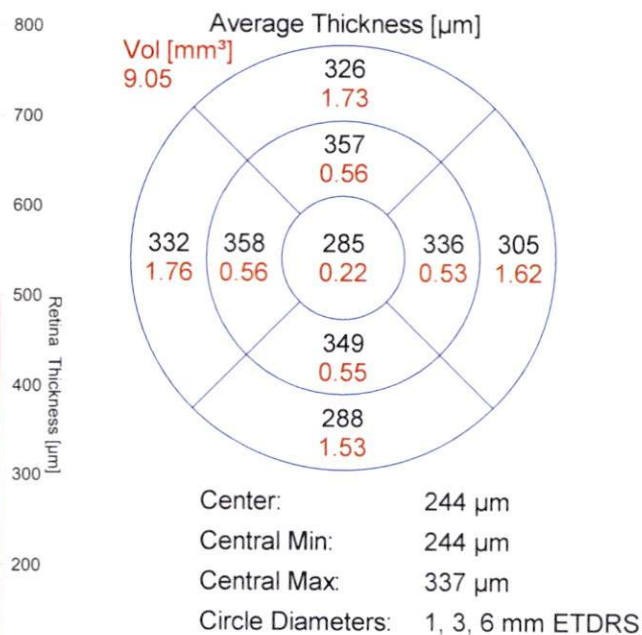
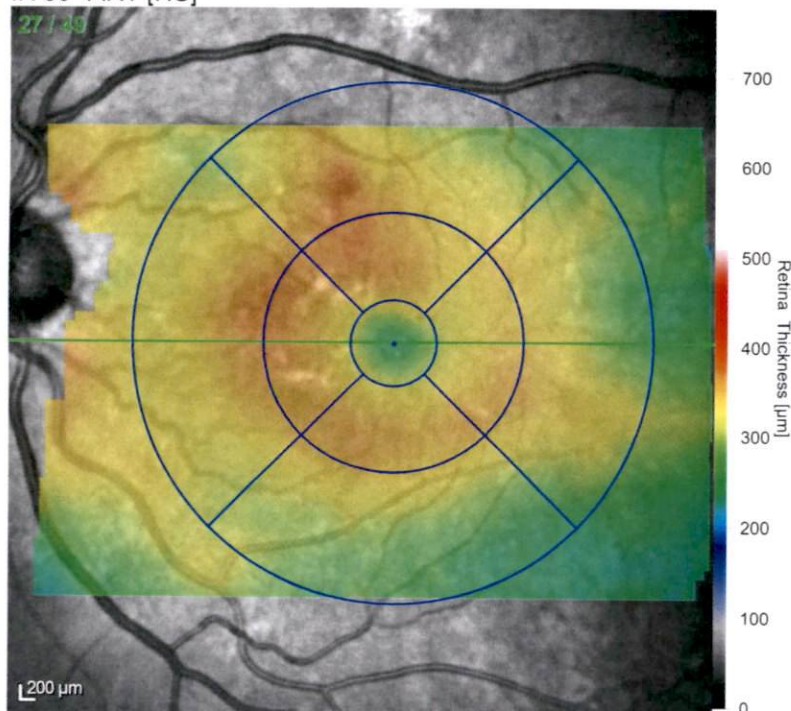
Sex: F

Patient ID: ---

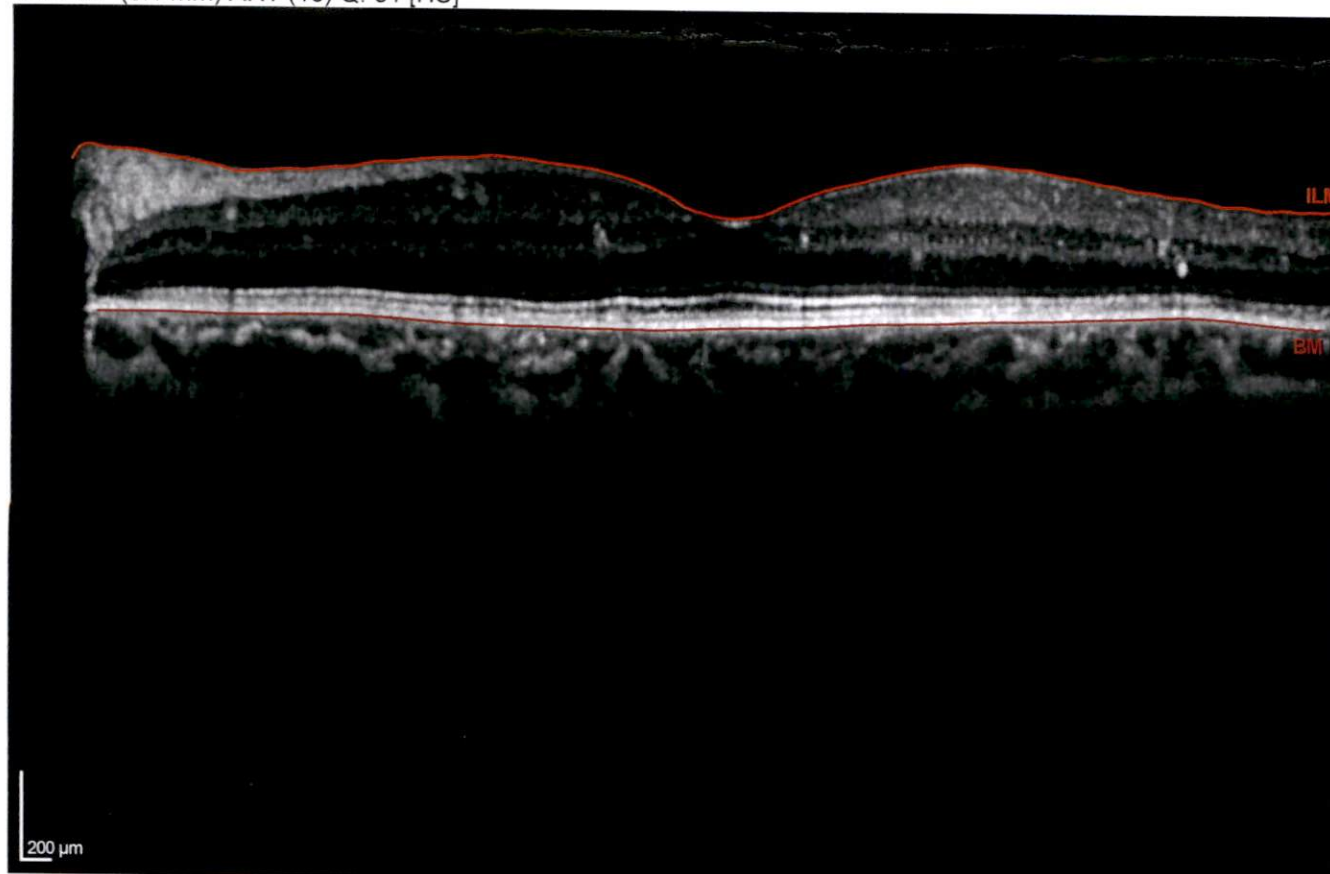
Exam.: 19/janv./2023

OS

IR 30° ART [HS]



OCT 30° (8.1 mm) ART (16) Q: 31 [HS]



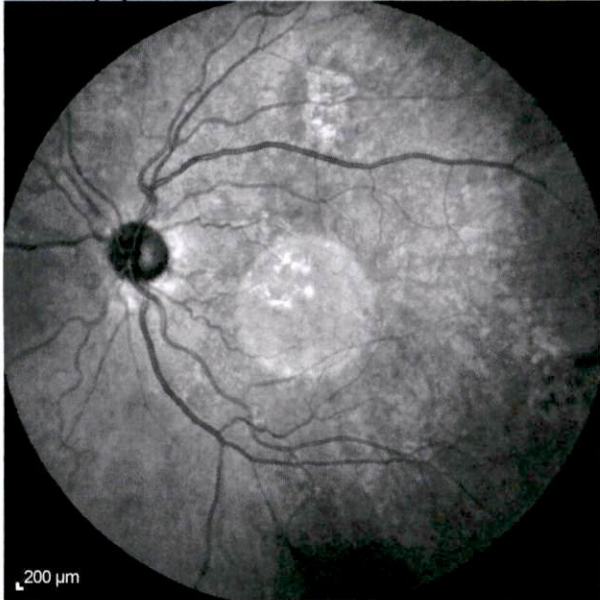
Patient: WAHIDI, FATIHA
Patient ID: ---

DOB: 02/mars/1963
Exam.: 19/janv./2023

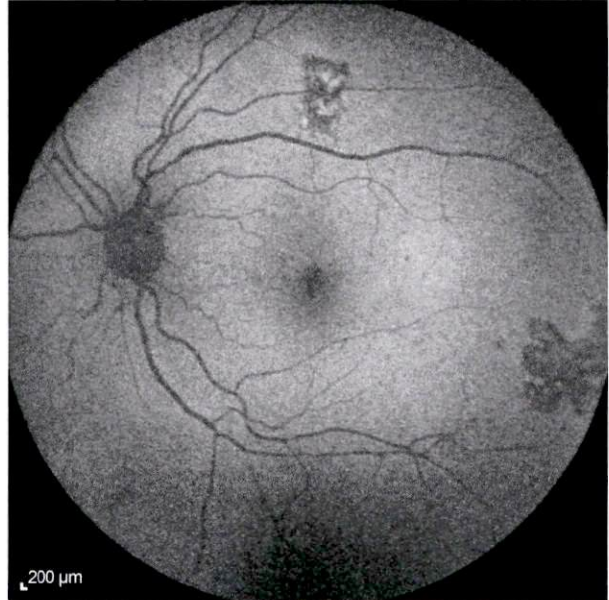
Sex: F

OS

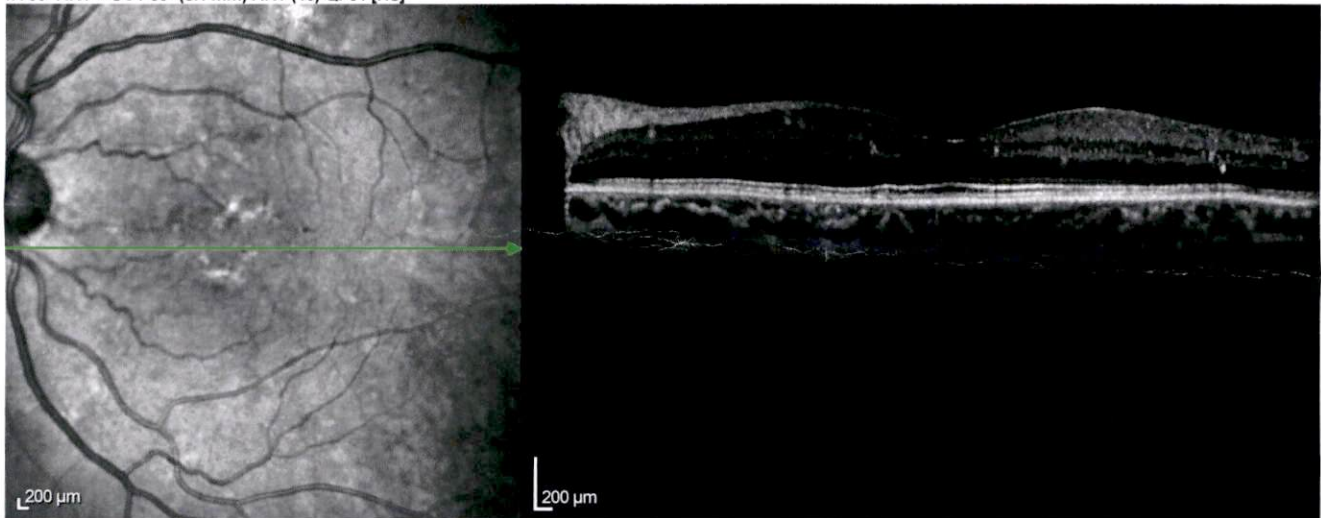
IR 55° ART [HS]



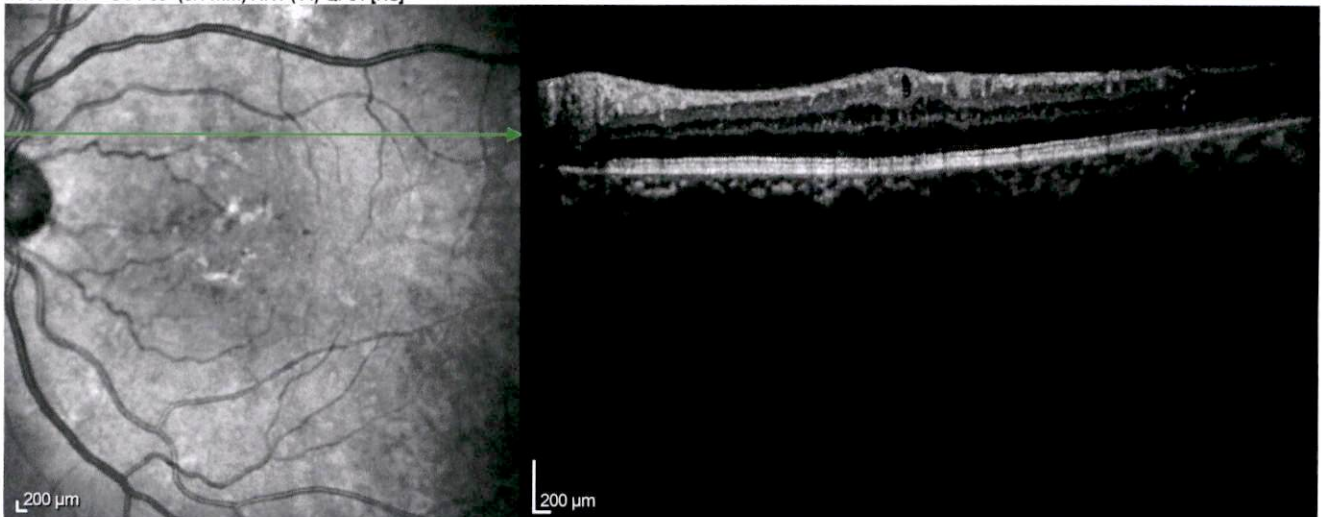
BAF 55° ART [HS]



IR 30° ART + OCT 30° (8.1 mm) ART (16) Q: 31 [HS]



IR 30° ART + OCT 30° (8.1 mm) ART (14) Q: 31 [HS]



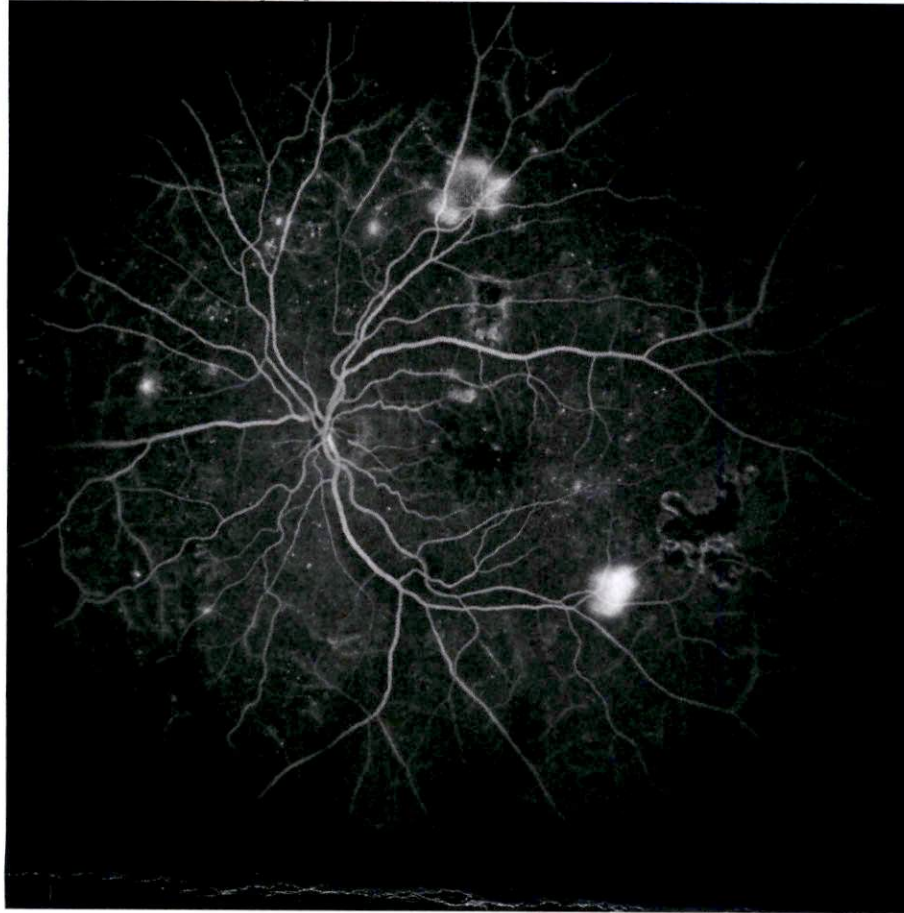
Patient: WAHIDI, FATIHA
Patient ID: ---

DOB: 02/mars/1963
Exam.: 19/janv./2023

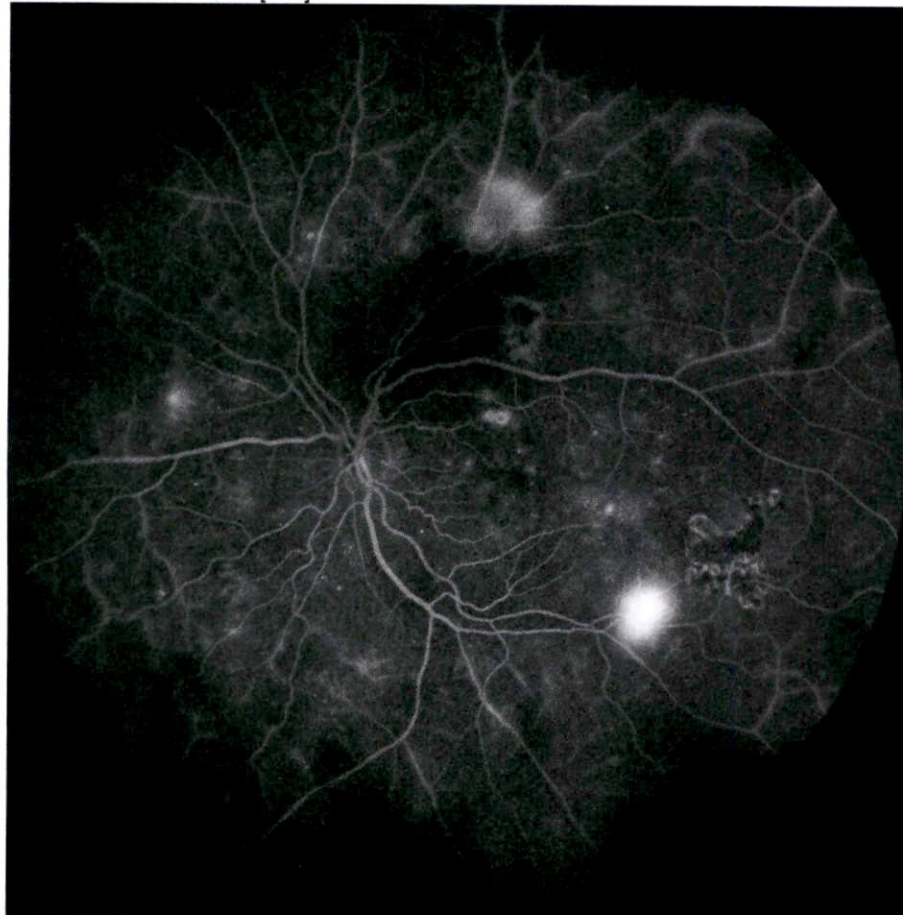
Sex: F

OS

FA 1:27.30 102° ART [HR]



FA 3:38.20 102° ART [HR]

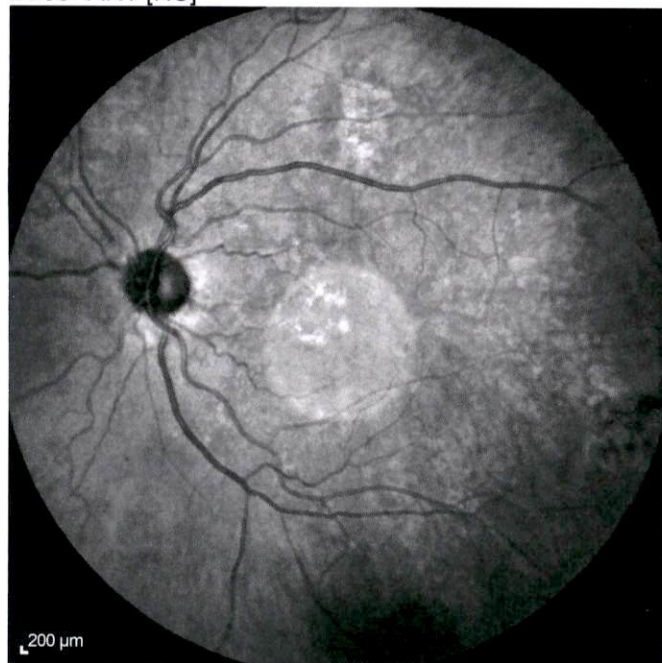


Patient: WAHIDI, FATIHA
Patient ID: ---

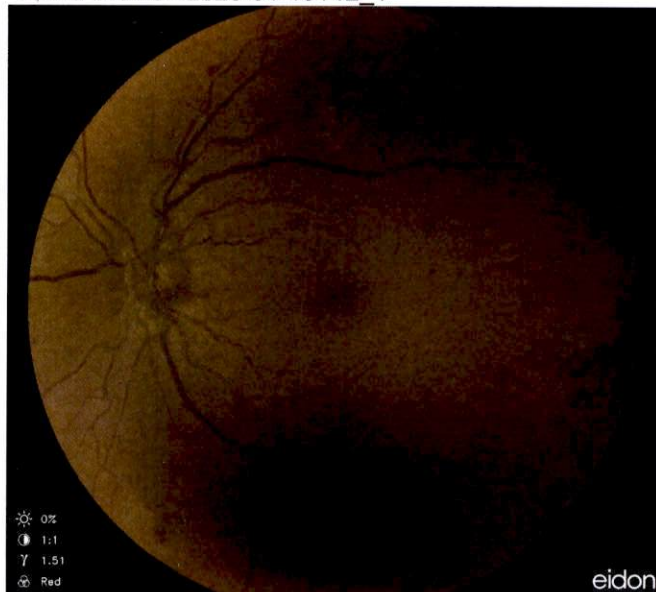
DOB: 02/mars/1963
Exam.: 19/janv./2023

Sex: F
OS

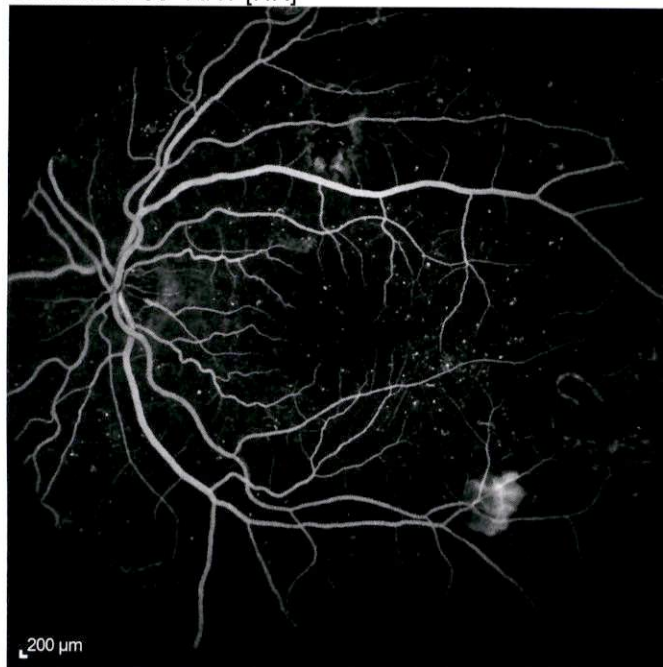
IR 55° ART [HS]



Fatiha-Wahidi--2023-01-19T12_1



FA 0:45.51 55° ART [HR]



FA 5:22.38 55° ART [HR]

