

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.

Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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



Déclaration de Maladie

M22- 0051146

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2106 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : SOUSSI HATIMY
 Date de naissance : 02/06/1985
 Adresse : 17 Rue Racine JAH SLEUH
 Tél : 0662193676 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. EL OUALI LOUB
 Ophtalmologue
 80 Abou Badr El Kadiri Res. Anfad
 Casablanca - Tél: 0520 40 59 30
 Date de consultation : 04/07/2023
 Nom et prénom du malade : Hatimy Soussi Age: 38
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection oculaire
 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 : Casablanca

Le : 04/07/2023

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
04.07.23		33h		

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
	11.07.23	UBM. Frais élge	500
	11.07.23	UBM. Honoraires delect	500

AUXILIAIRES MEDICAUX

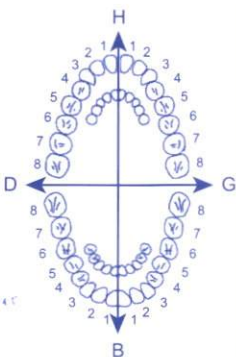
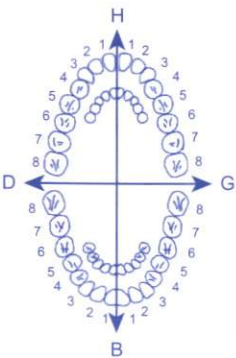
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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 <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 <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 00000000 35533411 B </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				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

Patient : hatimy souad

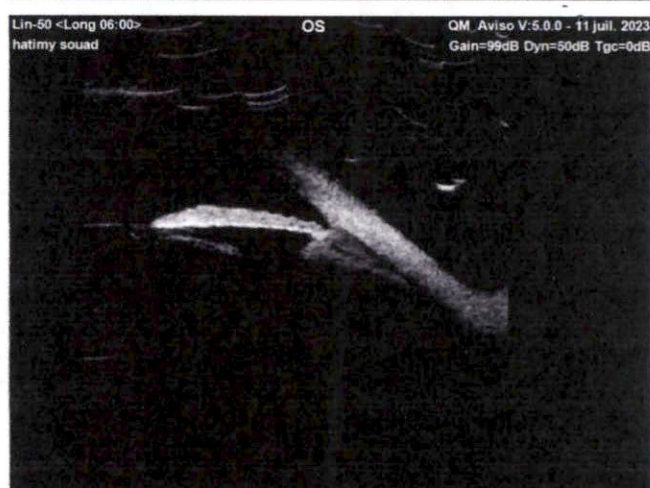
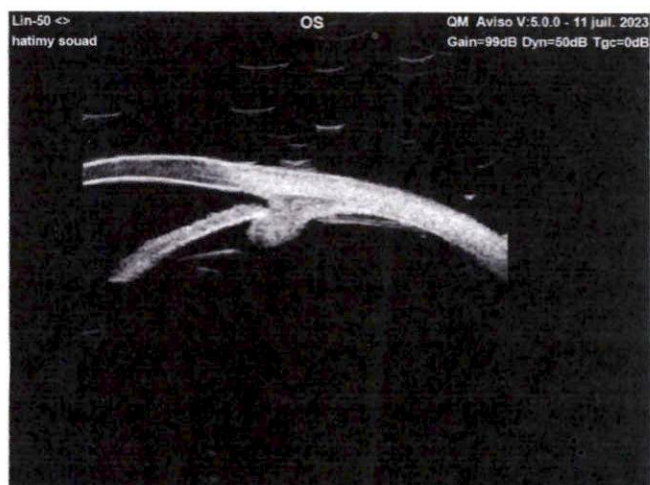
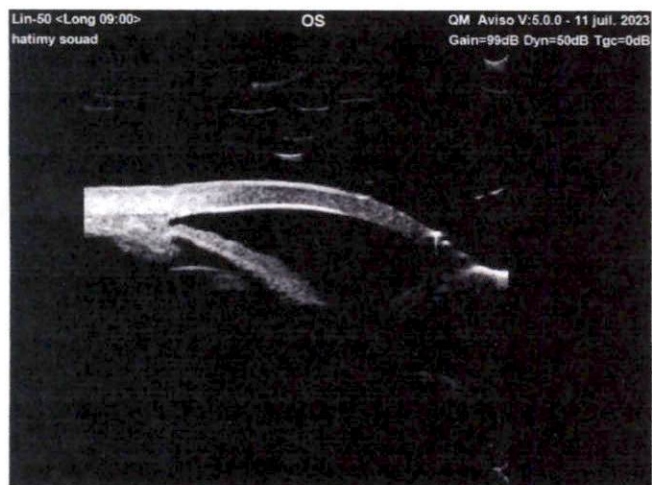
Numéro de dossier :

Adresse :

Tel :

Sexe : Féminin

Date de naissance : 02 juin 1955

Indication :

EL OUALI LOUBNA

Patient : hatimy souad

Numéro de dossier :

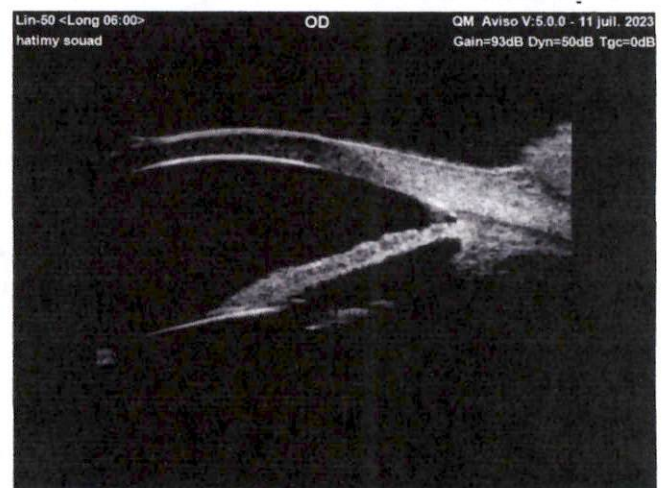
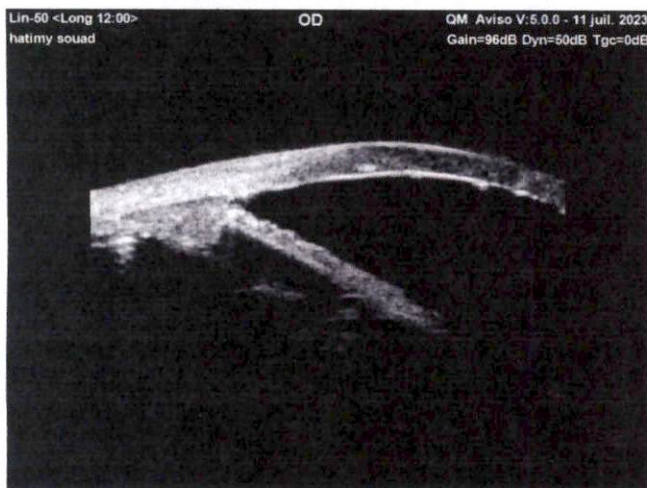
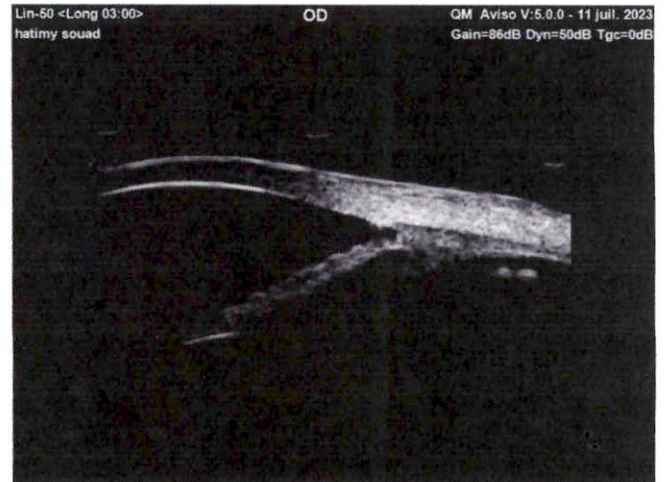
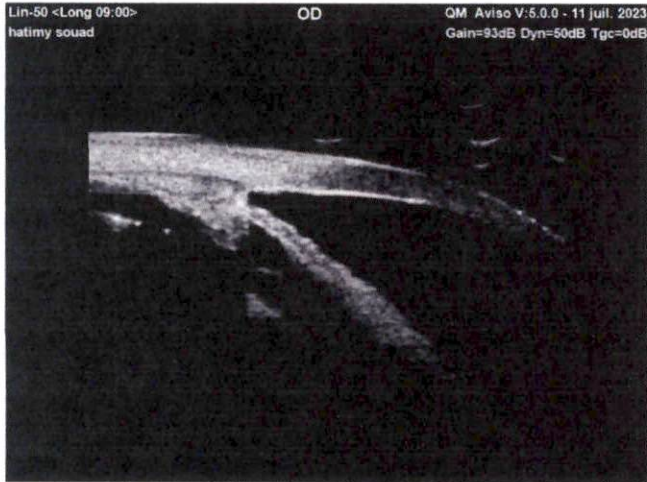
Adresse :

Tel :

Sexe : Féminin

Date de naissance : 02 juin 1955

Indication :



Patient : hatimy souad

Numéro de dossier :

Adresse :

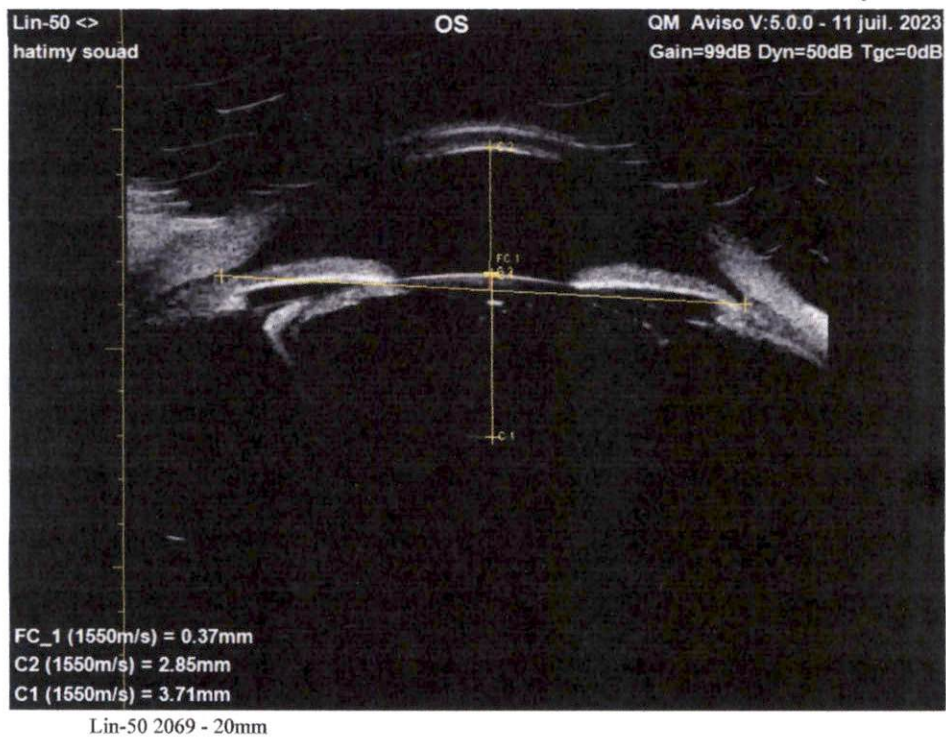
Tel :

Sexe : Féminin

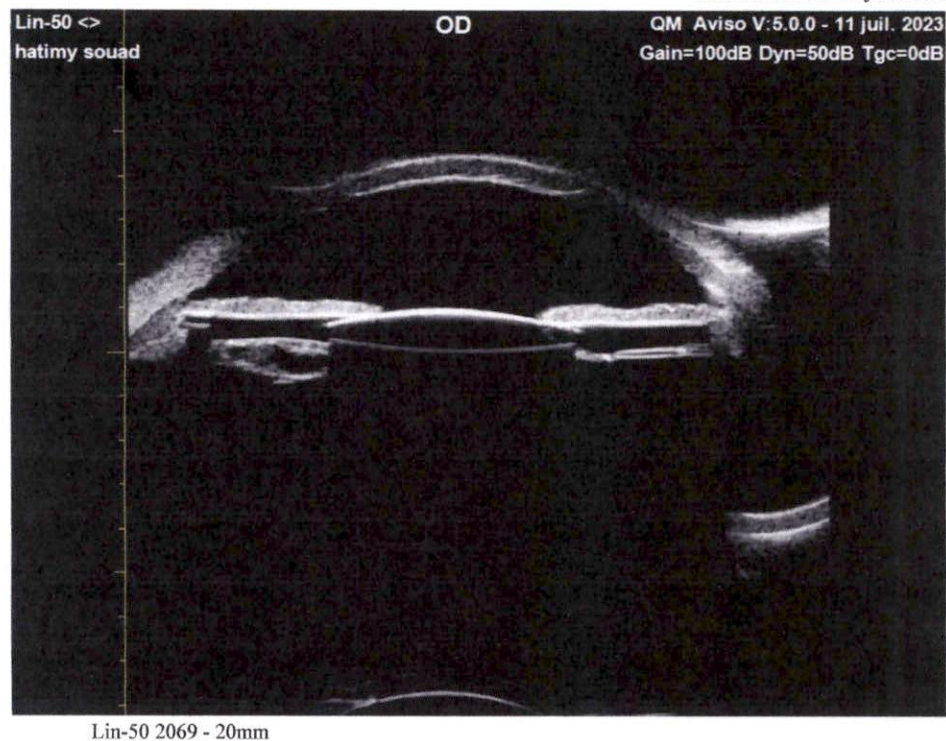
Date de naissance : 02 juin 1955

Oeil : Gauche

Date d'examen : 11 juil. 2023

**Oeil : Droit**

Date d'examen : 11 juil. 2023



Les procès ciliaires ont une position un peu antérieure par endroits sans mécanisme d'iris plateau en mydriase physiologique.

Mesures de Segment antérieur

Œil Gauche:

La chambre antérieure est profonde de 2.85mm entre l'endothélium cornéen et la cristalloïde antérieure . La flèche cristallinienne est mesurée à 037mm

Diamètre antéro-postérieur du cristallin est de 3.71mm

Conclusion

L'examen UBM montre un aspect d'angle ouvert sur la plupart des méridiens au niveau des deux yeux.

Dr. EL OUALI Loubna
Ophthalmologue
Bd. Abou Badr El Kadiri Rés. Ahfod
Casablanca - Tél: 0520 40 59 59

- Membre de la société française d'ophtalmologie
- Ex responsable de l'unité d'ophtalmologie à l'HCK
- The CPD UK certification of masterclass of refractive surgery
- Diplômée en :
 - Surface oculaire - Tours - France
 - Chirurgie vitréo-rétinienne - Nancy - France
 - Chirurgie réfractive et cataracte - Bordeaux - France

- عضوة بالجمعية الأوروبية للأمراض العيون
- رئيسة مصلحة العيون بمصلحة الشيخ خليفة ابن زايد سابقا
- شهادة CPD UK في جراحة العيوب الانكسارية
- حاصلة على دبلوم في :
 - أمراض الحساسية والقرنية (تور - فرنسا)
 - جراحة الشبكية والماء الزجاجي (نانسي - فرنسا)
 - جراحة الساد "الجلالة" و جراحة العيوب الانكسارية (بورديو ، فرنسا)

Casablanca , le 11/07/23

Nom: HATIMY

Prénom: SOUAD

Médecin traitant:

Résumé clinique :

Compte rendu échographique

Examen par UBM - Sonde 50 MHZ -

Analyse d'un angle irido-cornéen étroit

Examen des deux yeux:

L'examen met en évidence un angle irido-cornéen ouvert sur la plupart des méridiens.

En mydriase physiologique, l'angle se resserre d'avantage mais reste ouvert.

Au niveau de l'œil droit : l'AIC est très étroit à 6H et ouvert sur le reste.

Au niveau de l'œil gauche : l'AIC est ouvert sur les 4 méridiens.



Casablanca le : 11/07/23

BON DE REGLEMENT

Reçu de M H.A.Y.I.M.Y. - S.O.O.U.D.

La somme de : 500 .00 DHS FC

CINQ cent dirhams

Pour : ...UBM

Cachet et signature

OPHTALMO CLINIQUE
DE CASABLANCA
13, rue des Papillons Oasis
Casablanca
Tél. : 0522.25.71.71 - Fax : 0522.25.11.15

Urgence 24/24

Dr. El Ouali Loubna
Chirurgien Ophtalmologiste



دكتورة الوالي لبنى
إختصاصية أمراض وجراحة العيون

- Membre de la société française d'ophtalmologie
- Ex responsable de l'unité d'ophtalmologie à l'HCK
- The CPD UK certification of masterclass of refractive surgery
- Diplômée en :
 - Surface oculaire - Tours - France
 - Chirurgie vitréo-rétinienne - Nancy - France
 - Chirurgie réfractive et cataracte - Bordeaux - France

- عضوة بالجمعية الأوروبية للأمراض العيون
- رئيسة مصلحة العيون بمصلحة الشيخ خليفة ابن زايد سابقا
- شهادة CPD UK في جراحة العيوب الانكسارية
- حاصلة على دبلوم في :
 - أمراض الحساسية والقزنية (تور - فرنسا)
 - جراحة الشبكية والماء الزجاجي (نانسي - فرنسا)
 - جراحة الساد "الجلالة" و جراحة العيوب الانكسارية (بوردو ، فرنسا)

Dr. EL OUALI Loubna
Ophtalmologue
Bd. Abou Bakr El Kadiri Rés. Ahfad
Casablanca - Tél: 05 20 40 59 59

14 juillet 2023

Mme HATIMY Souad

Facture par
UBM

Robt Shs

Dr. EL OUALI Loubna
Ophtalmologue
Bd. Abou Bakr El Kadiri Rés. Ahfad
Casablanca - Tél: 05 20 40 59 59