

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- * Le nom réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- * Le nom 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.
- * Une attestation 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.
- * Les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radio-diagnostic 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 :

- * Une attestation 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.
- * Un radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- * Une 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 Alial 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



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

Déclaration de Maladie

N° W21-803165

Maladie

Dentaire
Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

10126

Société :

RAN

Autres

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

DADOUN

HANAA

Date de naissance :

29-01-72

Adresse :

7me Mellami

CASA

Tél. :

06 61 24 66 19

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

12/07/2023

Nom et prénom du malade :

DA DOUN HANAA

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Altechim olulace

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 :

CASA

Le : 12/07/2023

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-803165

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

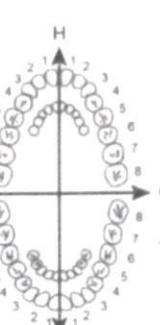
Matricule : 200+270+500

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes	
12/07/2023		200,-	INP : PB 103 B7 N9 hed DR. CHAELI	
EXECUTION DES ORDONNANCES Cachet du Pharmacien Date Montant de la Facture C. D'ABDALLAH Pharmacie HEDYA TAK Casablanca 19 Place Hassan II Casablanca Tel: 05 22 47 56 44 / 05 22 2020 41				
ANALYSES - RADIOPHARMACIES Cachet et signature du Médecin et du Radiologue Date Désignation des Coefficients Montant des Honoraires CLINIQUE DE L'OEIL G. J. FORTIER 544 Bd Mohammed V Casablanca Casablanca 20200 - 05 22 50 15 15 Tel: 05 22 50 15 15 - 05 22 46 21 Fax: 05 22 46 21				
AUXILIAIRES MEDICAUX Cachet et signature du Particien Date des Soins Nombre Montant détaillé des Honoraires AM PC IM IV				
VOLET ADHERENT <p>* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.</p>				

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF																			
SOINS DENTAIRES 		Dents Traitées <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nature des Soins <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Coefficient <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>															
		INP : <input type="checkbox"/>																	
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="checkbox"/>																	
		MONTANTS DES SOINS <input type="checkbox"/>																	
		DEBUT D'EXECUTION <input type="checkbox"/>																	
		FIN D'EXECUTION <input type="checkbox"/>																	
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table 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></td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-top: none;">D</td> <td style="border-top: none;"></td> <td style="border-top: none;"></td> </tr> <tr> <td style="border-top: none;"></td> <td style="border-top: none;">00000000</td> <td style="border-top: none;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-top: none;"></td> <td style="border-top: none;">35533411</td> <td style="border-top: none;">11433553</td> </tr> </table> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H	25533412	21433552		00000000	00000000	D				00000000	00000000		35533411	11433553
H	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
D																			
	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="checkbox"/>																	
		MONTANTS DES SOINS <input type="checkbox"/>																	
		DATE DU DEVIS <input type="checkbox"/>																	
		DATE DE L'EXECUTION <input type="checkbox"/>																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																			

Docteur Mohammed CHAHBI

D.E.S D'OPHTALMOLOGIE

(Maladies et Chirurgie des yeux)

Ancien interne de CRETEIL: ANGIO-LASER
du C.N.O des XV-XX ophtalmo-pédiatrie
de la fondation Rothschild-département

d'Oculo-plastie

Ancien Médecin de la Banque Francaise des Yeux

د محمد شهبي

أمراض و جراحة العيون

كلية باريس

طب و بالمركز الفرنسي للعيون

15-20 و بمؤسسة جراحة العيون

روتشيل بباريس

طبيب سابق بالبنك الفرنسي للعيون

طبيب تصحيح البصر بالليزك

fed

12/07/2013

M. DA DOU N HANAA



X4
Ged

SERUM AUTOLOGUE

1 gtte x8/j pdt 3 mois

20,00 x 8 = 160,00
27,50 x 4 = 110,00

NB : Dans des flacons de icin ou correctol - 16 flacons

230,00



Name
Dadoun, Hanaa

Number: 1325 Birth Date: 27/01/1972 Sex: Female Race: (Unknown)

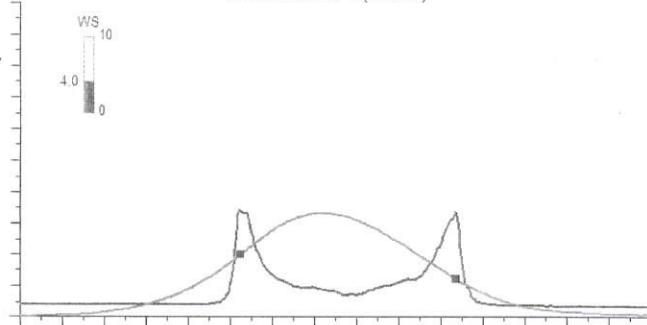
Patient Data Field 1

Patient Data Field 2

Measurement Date: 12/07/23

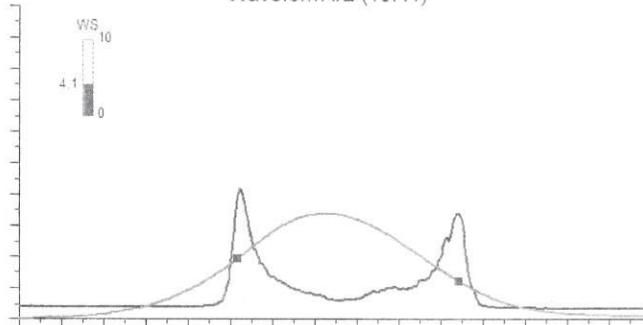
RIGHT EYE

Waveform #1 (15:41)



IOPcc: 17,5 IOPg : 18,0 WS : 4,0
CH : 11,0 CRF : 11,7

Waveform #2 (15:41)



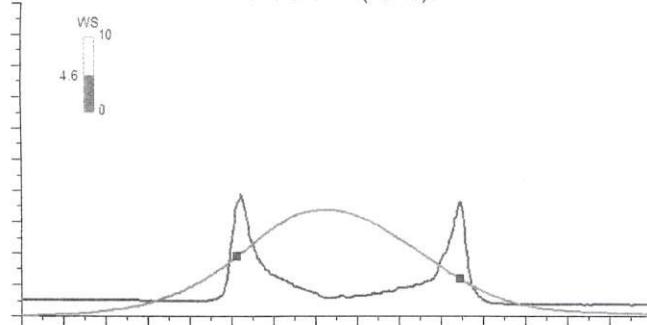
IOPcc: 17,1 IOPg : 17,5 WS : 4,1
CH : 10,9 CRF : 11,4

Session Average(Intelligent)

IOPcc: 17,3 IOPg : 17,7 WS : 4,0
CH : 11,0 CRF : 11,6

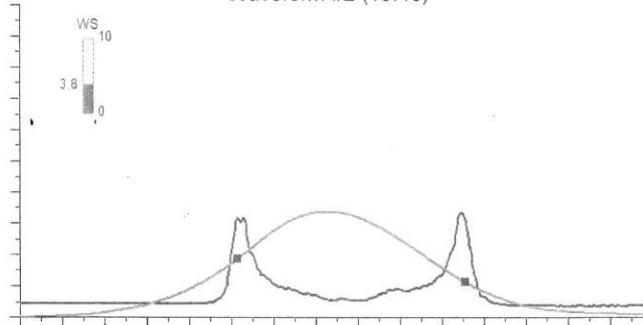
LEFT EYE

Waveform #1 (15:40)



IOPcc: 16,7 IOPg : 17,0 WS : 4,6
CH : 10,9 CRF : 11,3

Waveform #2 (15:40)



IOPcc: 16,5 IOPg : 16,1 WS : 3,8
CH : 10,4 CRF : 10,6

Session Average(Intelligent)

IOPcc: 16,6 IOPg : 16,6 WS : 4,2
CH : 10,7 CRF : 10,9

CLINIQUE DE L'OEIL CALIFORNIE
544, bd. panoramique, californie
Casablanca maroc
Tél: 05 22 88 46 18 / 19 / 20
05 22 29 63 60 / 00 - 05 22 50 13 15
Fax: 05 22 88 40 21

Dr CHAHBI

Clinique de l'oeil 544 Boulevard panoramique Californie Casablanca

IOPg, IOPcc, CH and CRF values are expressed in mmHg.



NOTE D'HONORAIRES

le Docteur

a l'honneur de présenter ses compliments à (Mr/Mme)

M. DABOUN HANAA.....

et lui adresse selon l'usage sa note d'honoraires

Biomécanique

Soit la somme de # 500,-

..... Five Cents DHS

Dhs

CLINIQUE DE L'OEIL CALIFORNIE
544, Bd. Panoramique, Californie
Casablanca, Maroc
Tél : 05 22 86 46 18 / 05 22 86 46 20
05 22 29 11 00 - 05 22 50 15 15
Fax : 05 22 86 46 21

Cachet et Signature



ORDONNANCE

Casablanca le 12/07/2023.....

M^e DADOUN HANAA

BIOMECANIQUE

DR. CHAIBI Mohammed
Cinéma Panoramique
Casablanca - Maroc
Tel : 05 22 86 46 18 / 05 22 50 15 15
05 22 86 46 18 / 05 22 50 15 15
Fax : 05 22 86 46 21

CLINIQUE DE L'OEIL CALIFORNIE
544, bd. panoramique, californie
Casablanca - maroc
Tel : 05 22 86 46 18 / 05 22 50 15 15
05 22 86 46 18 / 05 22 50 15 15
Fax : 05 22 86 46 21