

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

- | | |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> 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.

M23-002812

186749

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2608 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BOUABDELAH en Iifa

Date de naissance : 03/09/49

Adresse : 24, Rue cheikhoune Guelde

Tél : 0666120546 Total des frais engagés : 1853 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Nature de la maladie : *Allal Ben Abdellah*

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 : CASA Le : 21/11/2023

Signature de l'adhérent(e) : *jelula*

Autorisation CNDP N°: AA215 / 2019

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

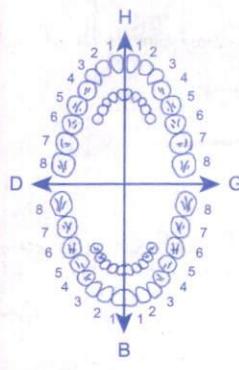
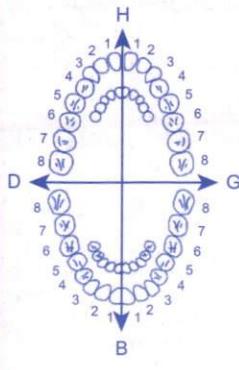
AUXILIAIRES MEDICAUX

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	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 00000000	G 21433552 00000000		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553		MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Meriem HAROUCH

Ophtalmologiste

Ex enseignante à la faculté de
médecine de Casablanca



الأستاذة مريم الهاروش
اختصاصية في أمراض
وجراحة العيون

Casablanca, le... 07/11/2023....

Mme BOUABDELLAH CHRIFA

Compte rendu de microscopie spéculaire

Œil droit :comptage cellulaire limite à 804 mm²

Œil gauche : comptage cellulaire à 711 mm²

Dr. A. Meriem HAROUCH
Ophtalmologiste
44, Rue des Hôpitaux - 3ème étage
En face des urgences Averroes
TNP : 021074428
Fax : 022270021
Site : www.ophtalmo-lasik.ma

Chirurgie réfractive LASIK - Implants
Chirurgie Cornéenne - Kérotocône - Lentilles
Centre d'exploration, Pentacam
Angiographie Numérisée - Laser - Echographie

Dr. Meriem HAROUCH

Ophtalmologiste

Ex enseignante à la faculté de
médecine de Casablanca



الأستاذة مريم الهاروش
اختصاصية في أمراض
وجراحة العيون

Casablanca, le ٢١١٢٢٠٢٣.

Note d'honoraire

En face des urgences Averroës
Rue des Hôpitaux - 3ème étage
www.ophtalmo-lasik.ma
Dr. A. Meriem HAROUCH
Ophtalmologiste

Le docteur.....

Al' honneur de présenter ses meilleurs salutations à

Mme Mlle Mr. B.A.B.D.I.L.L.D.H.C.A.D.U.F.A

Et lui adresse selon l'usage, sa note d'honoraire

Soit la somme ١٠٠٠٠٠٠

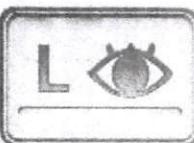
Pour ١٠٠٠٠٠٠

INP: 091074050
En face des urgences Averroës
Rue des Hôpitaux - 3ème étage
Chirurgie réfractive LASIK - Implants
Corneenne - Kérotocône - Lentilles
Ophtalmologiste Centre d'exploration, Pentacam
Angiographie Numérisée - Laser - Echographie



ID: 000947

Name: BOUABDELLAH CHRIFA

TOMEY
Ver.1Q

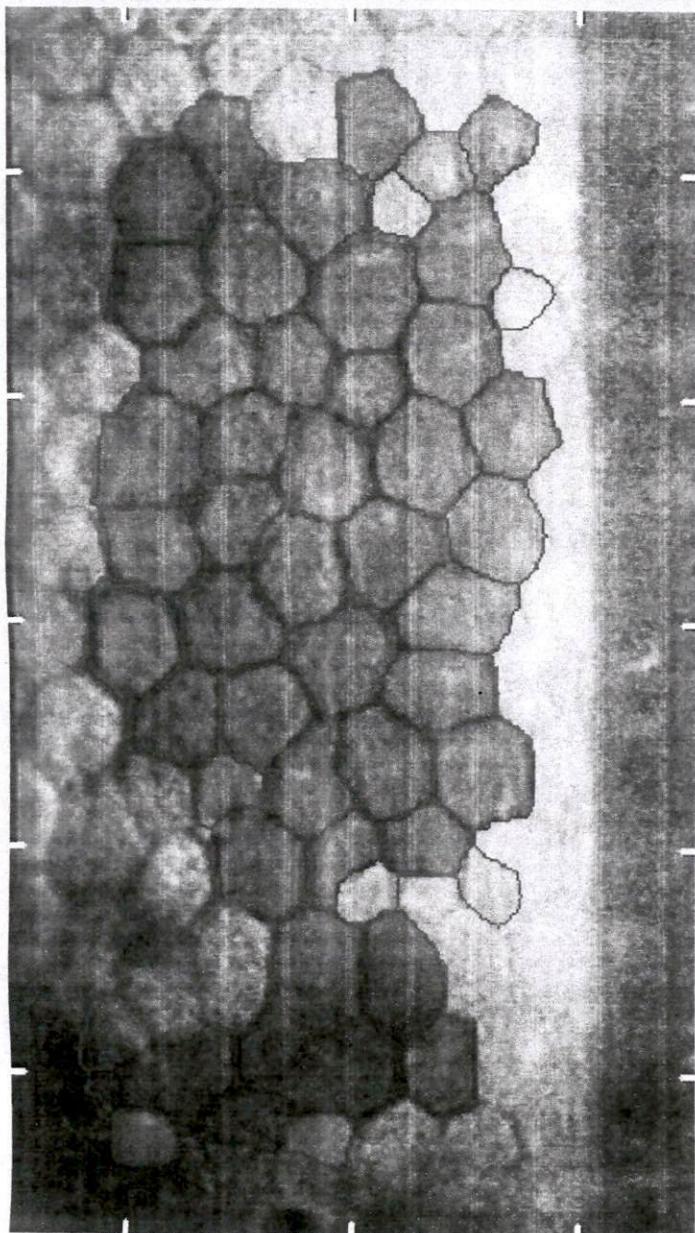
ExamDate: 07/Nov/2023 14:37

Photo

Trace

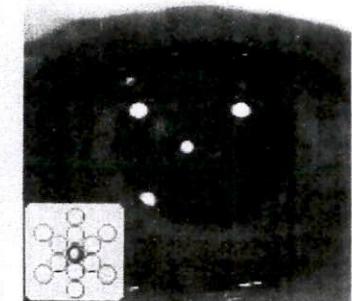
Area

Apex

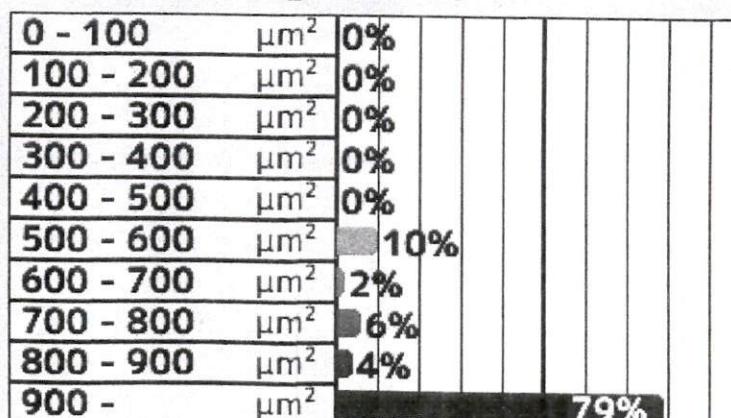


Auto Analysis

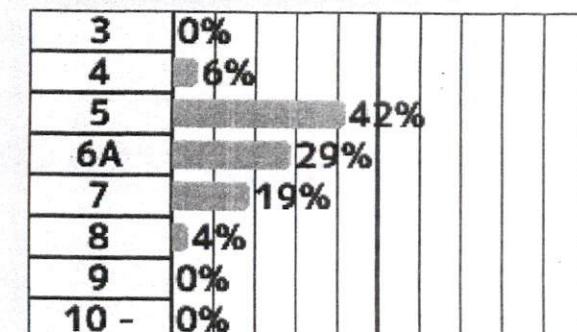
NUM (Number of Cells)	52
CD (Cell Density) [/ mm^2]	711
AVG (Average Area) [μm^2]	1407
SD (Standard Deviation) [μm^2]	459
CV (Coefficient of Variation) [%]	33
MAX (Max Area) [μm^2]	2164
MIN (Min Area) [μm^2]	555
6A (Hexagonal Cells) [%]	29

CCT [μm] -

Area(Polymegathism)



Apex(Pleomorphism)

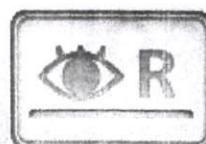


Tone

Zoom

Dark Area

Dual



ID: 000947

Name: BOUABDELLAH CHRIFA

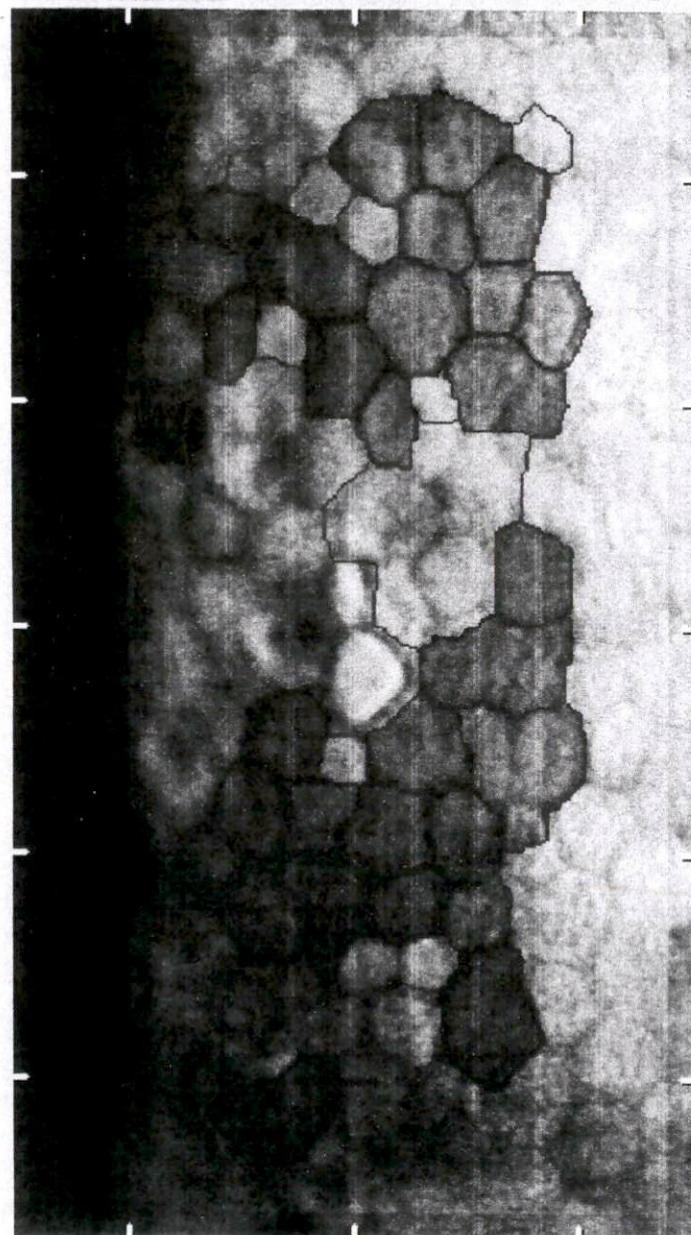
TOMEY
Ver.1Q

Exam Date: 07/Nov/2023 14:37

Photo

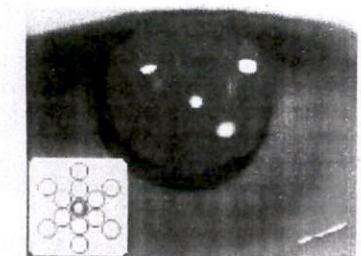
Trace

Apex

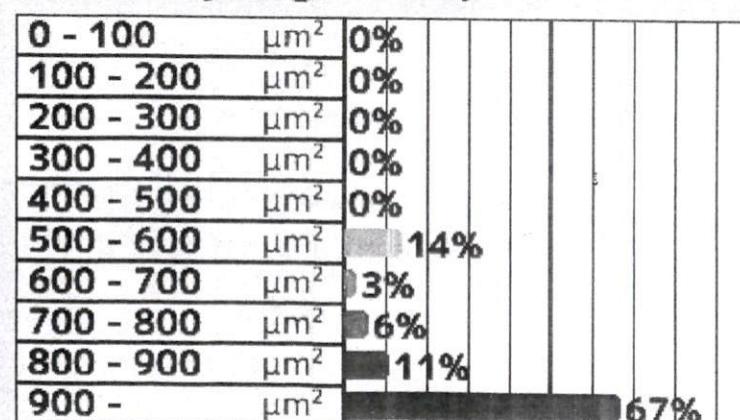


Auto Analysis

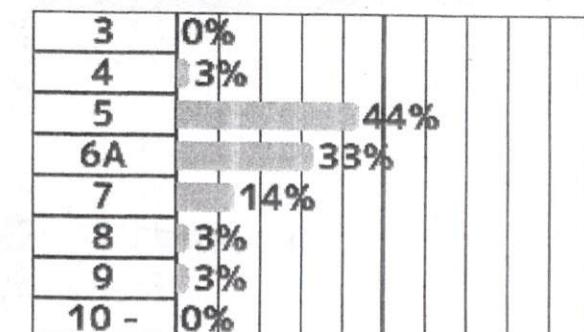
NUM (Number of Cells)	36
CD (Cell Density) [/ mm^2]	804
AVG (Average Area) [μm^2]	1244
SD (Standard Deviation) [μm^2]	530
CV (Coefficient of Variation) [%]	43
MAX (Max Area) [μm^2]	2562
MIN (Min Area) [μm^2]	517
6A (Hexagonal Cells) [%]	33

CCT [μm] 474

Area(Polymegathism)



Apex(Pleomorphism)



Tone



Zoom



Dark Area

Dual