

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

W21-835649

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1537 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : HOUBAN MOHAMED
Date de naissance : 16.00.50
Adresse : B.D. TAHA HOUSIN, RUE 61 N°3 NADOR
Tél : 0661089117 Total des frais engagés : #800,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 02/10/24
Nom et prénom du malade : HOUBAN MOHAMED Age : 38 ans
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : CS 4 OCTODG
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 : NADOR Le : 02/10/2024
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
02 05 20	005 006		300 DH	Dr. OMAR TEB OPHTALMOLOGISTE Résidence Al alvayda 4 ^e Café Vancouver - 1069 1062 - TEL 05 36 35 11 11

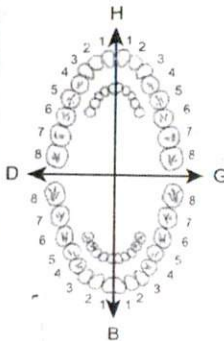
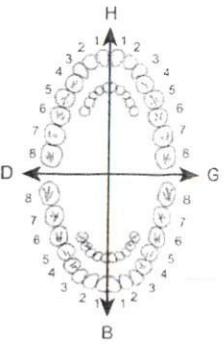
[illegible][illegible][illegible]

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE				CCEFFICIENT DES TRAVAUX														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		<input type="text"/>
	H																		
	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
	D	G																	
	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
	B																		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				Montant des Honoraires	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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Centre D'Ophtalmologie Al Matar

مركز المطار لطب و جراحة العيون
الدكتور عمر الصباري

DR.OMAR SIBARI
OPHTALMOLOGISTE

Lauréat de la faculté de médecine et de pharmacie de Rabat

Ancien interne des Hôpitaux de Paris

Ancien interne du CHU Rabat

Ancien chef de service d'ophtalmologie

ORL de l'hôpital Hassani NADOR



chirurgie de cataracte

chirurgie réfractive

chirurgie de la rétine

chirurgie des voies lacrymales et annexes de l'oeil



081269862

خريج كلية الطب و الصيدلة بالرباط
طبيب داخلي سابق بمستشفيات باريس
طبيب داخلي سابق بالمركز الجامعي ابن سينا الرباط
رئيس سابق لقسم طب و جراحة العيون و الانف
بمستشفى الحسن بن الناصر

FACTURE

02/04/2024

OCT Angiographie

Angiographie Rétienne

Topographie Cornéenne

Champ visuel Automatisé

Rétinographie Non Mydriatique

Pachymétrie

Biométrie

Echographie

Laser Yag-Argon

Laser SLT

Mr HOUBAN Mohamed

- Contexte: Baisse de l'acuité visuelle, diabète
- Acte : Optique Cohérence Tomographie maculaire (OCT)
- Acquitté de la somme de 800 DH

Dr

Dr. OMAR SIBARI
OPHTALMOLOGISTE
Route: Taouima Résidence Al alya 2ème Etage
N°6, à côté Café Vancouver - NADOR
INPE: 081269862 - Tél: 0536.38.11.11

تقاطع الطريق الرئيسية تاويمت و شارع تمانين جنب مقهى Vancouver شقة رقم 5

✉ omar.sibari@gmail.com

Tél: 0536381111 – Tél: 0661475947

Centre D'Ophthalmologie Al Matar

مركز المطار لطب و جراحة العيون

الدكتور عمر الصباري

DR.OMAR SIBARI

OPHTALMOLOGISTE

Lauréat de la faculté de médecine et de pharmacie de Rabat

Ancien interne des Hôpitaux de Paris

Ancien interne du CHU Rabat

Ancien chef de service d'ophtalmologie

ORL de l'hôpital Hassani NADOR



خريج كلية الطب و الصيدلة بالرباط
طبيب داخلي سابق بمستشفيات باريس
طبيب داخلي سابق بالمركز الجامعي ابن سينا الرباط
رئيس سابق لقسم طب و جراحة العيون و الانف
بمستشفى الحسن الثاني بالناضور

chirurgie de cataracte

chirurgie réfractive

chirurgie de la rétine

chirurgie des voies lacrymales et annexes de l'œil

COMPTE RENDU OCT



PATIENT : Mr HOUBAN Mohamed

02/04/2024

Age : 73 ans

Médecin traitant : DR SIBARI OMAR

ANTECEDENT: ☐ DIABETE

HTA ☐

OPÉRATEUR:

Oeil droit:

PACHYMETRIE CENTRALE 230

DEPRESSION FOVEOLAIRE CONSERVEE

PROCESSUS NEOVASCULAIRE CHORORIDIEN

MESURANT ENVIRON 200μ

INTERFACE VITREORETINIEN SANS

ANOMALIE

Oeil gauche:

PACHYMETRIE CENTRALE 280

DEPRESSION FOVEOLAIRE CONSERVEE

DESORGANISATION DES COUCHES EXTERNES

INTERFACE VITREORETINIEN SANS

ANOMALIE

OCT Angiographie

Angiographie Rétienne

Topographie Cornéenne

Champ visuel Automatisé

Rétinographie Non Mydriatique

Pachymétrie

Biométrie

Echographie

Laser Yag-Argon

Laser SLT

تقاطع الطريق الرئيسية تاويمة و شارع تمانين جنب مقهى Vancouver شقة رقم 5

✉ omar.sibari@gmail.com

Tél: 0536381111 – Tél: 0661475947