

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 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 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

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

N° - 20522

Déclaration de Maladie : N° P19-0020083

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 375 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraitee
Nom & Prénom : HAFFARY Fatima Date de naissance : 01/10/1947
Adresse : 9 Residence Ghita B9 Ain Taoujate Racine CHA
Tél. : 05 22 48 49 46 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Pr. Med. HAMDANI
OPHTALMOLOGISTE
Rue Imane Alloussi - Bourgogne - Casablanca
Tél : 0522 27 67 51 / 46 - Fax : 0522 26 66 77
Date de consultation : 11/10/2020
Nom et prénom du patient : HAFFARY FATIMA Age :
Lien de parenté : Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Affective
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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : _____

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des	Natures des	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Honoraires
26/05/2016	ANESTHESIE	1	15000	
26/05/2016	ANESTHESIE	1	15000	


EXECUTION DES ORDONNANCES

[illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

[illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	15.11.19	Frais Clinique				100,00
		Echographie				
		Frais de examen				200,00
		Echographie				

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

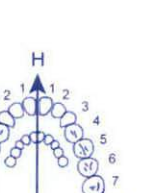
Important :

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

[illegible]

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	<p>H</p> <table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;">25533412</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">35533411</td> <td style="padding: 2px;">11433553</td> </tr> </table> <p>B</p>	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	<p>Coefficient des Travaux</p> <input style="width: 100%;" type="text"/>
	25533412	21433552								
00000000	00000000									
00000000	00000000									
35533411	11433553									
<p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	<p>Montants des Soins</p> <input style="width: 100%;" type="text"/>									
		<p>Date du Devis</p> <input style="width: 100%;" type="text"/>								
		<p>Date de l'exécution</p> <input style="width: 100%;" type="text"/>								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Mohammed HAMDANI

الدكتور محمد حمداني

Ex Professeur à la Faculté de Médecine
de Casablanca

Ophtamologie Pédiatrique et Adulte
Ancien Médecin Résident Etranger
de l'Hôpital Necker - Enfants Malades - Paris

أستاذ سابق بكلية الطب بالدار البيضاء
أمراض وجراحة العيون، أطفال والكبار
طبيب داخلية
بمستشفيات

Casablanca le :

الدار البيضاء في :

Cher collègue

je vous confie pour écho+biométrie
qui présente une cataracte

M. HAFARY
FATIMA

Pr. Med. HAMDANI
OPHTALMOLOGISTE
24, Rue Imame Alloussi - Bourgogne - Casablanca
Tél : 0522 27 67 51 / 46 - Fax : 0522 26 66 77
CLINIQUE NOUR
D'OPHTALMOLOGIE
25, Route des Facultés K.O
Oasis Casablanca

24, زنقة الإمام علوسي الطابق الثالث (أمام مصحة بدر) بورجون. الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 27 67 46 / 51 - الفاكس : 05 22 26 66 77

24, Rue Imame Alloussi, 3ème étage, Bourgogne (Face à la clinique Badr). Casablanca
Tél. : 05 22 27 67 46 / 51 (L.G) - Fax : 05 22 26 66 77 - E-mail : ophthamdani@yahoo.fr

Ex Professeur à la Faculté de Médecine
de Casablanca
Ophtamologie Pédiatrique et Adulte
Ancien Médecin Résident Etranger
de l'Hôpital Necker - Enfants Malades - Paris

أستاذ سابق بكلية الطب بالدار البيضاء
أمراض وجراحة العيون الأطفال والكبار
طبيب داخلي سابق
بمستشفيات باريس

Casablanca le :

Pr. Med. HAMDANI
OPHTALMOLOGISTE
24, Rue Imame Alloussi - Bourgogne - Casablanca
Tél : 0522 27 67 51 / 46 - Fax : 0522 26 66 77

cher collègue

je vous confie pour visite pré-anesthésique M

HAFFARY
FAÏMA

proposée pour chirurgie de CATARACTE

Pr. Med. HAMDANI
OPHTALMOLOGISTE
24, Rue Imame Alloussi - Bourgogne - Casablanca
Tél : 0522 27 67 51 / 46 - Fax : 0522 26 66 77

CLINIQUE NOUR
D'OPHTALMOLOGIE
25, Route des Facultés K.O
Jardin d'Oasis, Casablanca
Tél : 0522 27 67 51 / 46 - Fax : 0522 26 66 77

Date : 15/11/19

Intervention : Cataracte

Médecins anesthésistes = Dr AIBAR

Cher confrère;

Merci de m'avoir adressé en CPA Mr/Mme
en vue d'une chirurgie de cataracte

HAFARY Fatia

Antécédents :

Médicaux :

- Diabète :

- HTA :

- Cardiopathie ischémique:

Insuffisance rénale:

Dialyse:

Allergie:

Autres:

Chirurgicaux :

Examen clinique:

TA= 10/8

Fc= 87 Poids =

Conjonctives= Coloré

CVX=

Poumons=

Vx cou=

Cou=

ouverture buccale

DTM=

Bilan para-clinique :

ECG=

Conclusion :

ASA :

Mallampati :

NYHA :

Anesthésie:

Biologie :

forte (à voir)

OK par chimie

AL + fixation

Merci de votre confiance, Je reste à votre entière disposition pour toute autre information

Bien confraternellement,

Dr. AIBAR Youssef
Anesthésiste - Réanimateur



le vendredi 15 novembre 2019

NOTE D'HONORAIRES

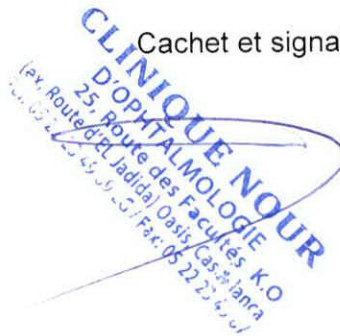
A l'honneur de présenter à Madame HAFFARY Fatima,

Frais clinique ECHOGRAPHIE
CENT (DIRHAMS)

100 Dhs

et le prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués.

Cachet et signature



INPE 090060914

le vendredi 15 novembre 2019

NOTE D'HONORAIRES

A l'honneur de présenter à Madame HAFFARY Fatima.

Honoraire medecin 150 Dhs
CENT CINQUANTE (DIRHAMS)

Frais clinique ECG 150 Dhs
CENT CINQUANTE (DIRHAMS)

et le prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués.

Cachet et signature

DR. AIBAR Youssef
Médecin - Ophtalmologiste

CLINIQUE NOUR
D'OPHTALMOLOGIE
25, Route des Facultés (ex. Route El Jadida)
Lotissement Gnymer, Oasis - Casablanca
Tél.: 05 22 23 49 89 LG - Fax: 05 22 23 49 87
E-mail: cliniquenour01@gmail.com - INPE : 090060914
Patente : 36350533 - I.F. : 40143077 - CNSS : 8282733
I.C.E. : 001685652000087
AttijariWafaBank : Agence Avenue 2 Mars - RIB : 007 780 0001227000000605 67



INPE 090060914

25, Route des Facultés (ex. Route El Jadida)
Lotissement Gnymer, Oasis - Casablanca

Tél.: 05 22 23 49 89 LG - Fax : 05 22 23 49 87

E-mail : cliniquenour01@gmail.com - INPE : 090060914

Patente : 36350533 - I.F. : 40143077 - CNSS : 8282733

I.C.E. : 001685652000087

AttijariWafaBank : Agence Avenue 2 Mars - RIB : 007 780 0001227000000605 67

25, طريق الجامعات (طريق الجديدة سابقا)

تجزئة كنيمر - الوايزس - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 23 49 89 LG - الفاكس : 05 22 23 49 87

البريد الإلكتروني : cliniquenour01@gmail.com - رقم م.ص : 090060914

الباتنتا : 36350533 - تج : 40143077 - ص.وض.ج : 8282733

م.م.ش : 001685652000087

التجاري وفا بنك : وكالة محج 2 مارس - التعريف البنكي : 007 780 0001227000000605 67

CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE

Patient : HAFFARY FATIMA

Numero de dossier :

Adresse :

Tel :

Sexe : Féminin

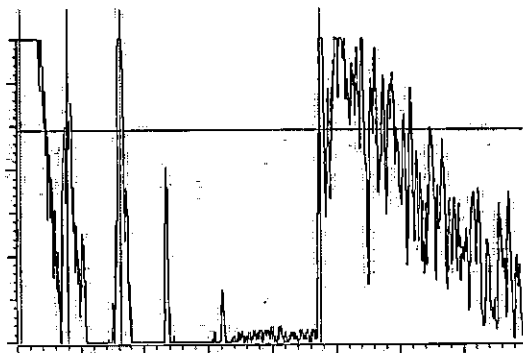
Oeil : Droit

A TP-01 11K027 - 40 mm

Date d'examen : 15 nov. 2019

A <>
HAFFARY FATIMA

OD

OM Aviso V.5.0.0 - 15 nov. 2019
Gain=110dB Dyn=35dB Tgc=10dB
Contact
Phaque#7 CA= 3.72 L= 4.41 V=15.47 LT=23.60 (mm)
Vitesse CA=1532 L=1641 V=1532 (m/s)
Moy CA= 3.32 L= 4.94 V=15.34 LT=23.60 (mm)
Ec. Type CA= 0.31 L= 0.30 V= 0.11 LT= 0.10

Contact	Phaque	<Vitré (Naturel)>
Speed AC=1532 L=1641 V=1532 (m/s)		
#1 - AC= 3.31 L= 5.07 V=15.40 TL=23.78 (mm)		
#2 - AC= 3.35 L= 4.92 V=15.24 TL=23.52 (mm)		
#3 - AC= 2.99 L= 5.25 V=15.26 TL=23.50 (mm)		
#4 - AC= 3.24 L= 5.09 V=15.13 TL=23.45 (mm)		
#5 - AC= 2.80 L= 5.31 V=15.47 TL=23.58 (mm)		
#6 - AC= 3.33 L= 4.96 V=15.40 TL=23.69 (mm)		
>#7 - AC= 3.72 L= 4.41 V=15.47 TL=23.60 (mm) <		
#8 - AC= 3.81 L= 4.53 V=15.34 TL=23.68 (mm)		
Avg AC= 3.32 L= 4.94 V=15.34 TL=23.60 (mm)		
Stat-2 AC= 3.31 L= 5.07 V=15.13 TL=23.51 (mm)		
Std-Dev AC= 0.31 L= 0.30 V= 0.11 TL= 0.10		
>Gain=110dB Dyn=35dB Tgc=10dB		

Valeurs sélectionnées pour le calcul d'IOL : Moy CA : 3,32 mm C : 4,94 mm LT : 23,60 mm

K mesuré K1 : 7,42mm @ 0° K2 : 7,34mm @ 0° Km : 7,38mm

Sphère : 0,00D

Cylindre : 0,00D @ 0°

IOL1 - A=118.40

SRK-T

A = 118.40

IOL Emme : 17,91 D

Ame : 0,00 D

IOL Am : 17,91 D

IOL	Refr.
16.50	0.91
17.00	0.59
17.50	0.27
18.00	-0.06
18.50	-0.39
19.00	-0.73
19.50	-1.06

IOL2 - A=118.00

SRK-T

A = 118.00

IOL Emme : 17,48 D

Ame : 0,00 D

IOL Am : 17,48 D

IOL	Refr.
16.00	0.98
16.50	0.65
17.00	0.32
17.50	-0.01
18.00	-0.35
18.50	-0.69
19.00	-1.03

IOL3 - A=115.00

SRK-T

A = 115.00

IOL Emme : 14,73 D

Ame : 0,00 D

IOL Am : 14,73 D

IOL	Refr.
13.00	1.31
13.50	0.94
14.00	0.56
14.50	0.18
15.00	-0.21
15.50	-0.61
16.00	-1.00

IOL4 - A=118.50

SRK-T

A = 118.50

IOL Emme : 18,02 D

Ame : 0,00 D

IOL Am : 18,02 D

IOL	Refr.
16.50	0.97
17.00	0.65
17.50	0.33
18.00	0.01
18.50	-0.32
19.00	-0.65
19.50	-0.98