

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



Déclaration de Maladie

N° W19-548577

64407

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 862 Société : RAN

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : SALIM ASMAHANE

Date de naissance : 01/10/1950

Adresse : Rue 26 N° 20 HAY EL HANAN

Senhaja Casa

Tél. : 06 66 82 65 64 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR Soumaya 3 52111
OPITALIM LOGISTE
Rue Okba ibnou Nafi Ben Yakkachid
Tél 0522 32 48 47

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : SALIM ASMAHANE Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : AMÉIUD

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 : 27/03/2021

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-548577

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt : 23/03/2021

Jeune Hafdi
862

RELEVE 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
22 FEV 2024	S		300.00 HT	INP : 06104026 Dr. Soumaya CHEIKH HASSAN, OPHTHALMOLOGISTE Rue Okba Ben Nafaa TÉL : 06 61 40 26

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE HAY EL HAMRA El Hamra, FIKRI SOUNIA Tél: 05 22 67 49</i>	<i>22/02/2017</i>	<i>118,00</i>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature Laboratoire ou du praticien	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
CLINIQUE PULMONAIRE r. Soukra, Rue Med. Bahi El Mansa Ange-Gardien CHELIH MASS 221021241 OCT maladie DOCTEUR HASSAN AGHILI REGISTRE	13/02/2011	ANG	1000 Dhs 150000

AUXILIAIRES MEDICALS

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

		H		COEFFICIENT DES TRAVAUX	
		25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553		
D		G			
		B			
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession</p>					
DATE DU DEVIS					
DATE DE L'EXECUTION					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Soumaya Chebihi Hassani

OPHTALMOLOGISTE

Maladies et Chirurgie des Yeux
Microchirurgie de la Cataracte
Angiographie - Laser - OCT

Résidence Dahhan - Rue Okba Ibn Nafii

1er étage - Berrechid

Tél. : 05 22 32 48 47



الدكتورة اشبيهي حسني سمية

إختصاصية في أمراض وجراحة العيون

جراحة الساد (الجلالة)

التخطيط الوعائي للشبكة - الليزر

إقامة دحان - زفة عقبة بن نافع

الطابق الأول - برشيد

الهاتف : 05 22 32 48 47

Berrechid, le

22/02/2021

Mme SALIM Smahan

Monture + verres correcteurs progressifs
Antireflets

VL :

OD = + 2.75 (- 0.50 à 70°)

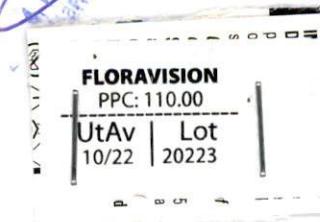
OG = + 2.75

VP :

ODG = Add : + 3.00

FLORAVISION OEIL SEC

1 goutte 2 à 3 fois/jr, les deux yeux



Dr. Soumaya CHEBIHI HASSANI
OPHTALMOLOGISTE
Rue Okba Ibnou Nafii - Berrechid
Tél.: 05 22 32 48 47

PHARMACIE HAY EL HANA
Mme. FIKRİ SOUMLA
7, Marché El Hana Hay El Hana
Casablanca - Tél.: 05 22 94 67 47

FACTURE

Date : 17/03/2021

CLIENT: SMAHAN SALIM

Numéro: 455181487

Article	Désignation	Qté	Prix TTC
LOIN:			
MONTURE	OPTIQUE TRUST	1	950.00
VD	PROGRESSIF ORG PB 1.56 DURCI	1	700.00
VG	PROGRESSIF ORG PB 1.56 DURCI	1	700.00
PRES:			
MONTURE		0	0.00
VD		0	0.00
VG		0	0.00
CORRECTION VISUELLE:			
<u>Dr. CHEBIHI HASSANI SOUMAYA</u>			
LOIN : OD:+2.75(-0.50,70°) OG:+2.75			
PRES: OD: OG:			
ADD : OD:+3.00 OG:+3.00			
Total TTC:			2 350.00
Taux TVA:			20%
Montant TVA			470.00

Arrêtée la présente facture à la somme de: **DEUX MILLE TROIS CENT CINQUANTE DIRHAMS .TTC.**

Signé:

Dr. Soumaya Chebihi Hassani

OPHTHALMOLOGISTE

Maladies et Chirurgie des Yeux
Microchirurgie de la Cataracte
Angiographie - Laser - OCT

Résidence Dahhan - Rue Okba Ibn Nafii
1 er étage - Berrechid
Tél. : 05 22 32 48 47



الدكتورة اشبيهي حسني سمية

اختصاصية في أمراض وجراحة العيون

جراحة الساد (الجلالة)

التخطيط الوعائي للشبكة - الليزر

إقامة دحان - زقة عقبة بن نافع

الطابق الأول - برشيد

05 22 32 48 47

الهاتف :

Berrechid, le 22/02/2021

SALIM SMADHAN

Note d'historique

OCT maculare

B
1050900
Dr. Soumaya CHEBIHI HASSANI
OPHTHALMOLOGISTE
Rue Okba Ibnou Nafii Berrechid
Tel. 0522 32 48 47

Dr. Soumaya CHEBIHI HASSANI
OPHTHALMOLOGISTE
Rue Okba Ibnou Nafii Berrechid
Tel. 0522 32 48 47

Dr. Soumaya Chebhihi Hassani

OPHTALMOLOGISTE

Maladies et Chirurgie des Yeux
Microchirurgie de la Cataracte
Angiographie - Laser - OCT

Résidence Dahhan - Rue Okba Ibn Nafii
1 er étage - Berrechid
Tél. : 05 22 32 48 47



الدكتورة اشبيهي حسني سمية

اختصاصية في أمراض وجراحة العيون

جراحة الساد (الجلالة)

التخطيط الوعائي للشبكية - الليزر

إقامة دحان - زنقة عقبة بن نافع

الطابق الأول - برشيد

الهاتف : 05 22 32 48 47

Berrechid, le

22/02/2021

Mme SALIM Smahan

Angiographie Rétinienne

CLINIQUE AL MADINA
Caisse
Angle Rue Med Babi et Rue Mansard
Quartier Palmer Casablanca
Tél: 05 22 77 40 49 - Fax: 05 22 25 00 01

Note d'honneur

DR
1000

Dr. Soumaya CHEBIHI HASSANI
OPHTALMOLOGISTE
Rue Okba Ibn Nafii Berrechid
Tél: 05 22 32 48 47

Dr. Soumaya Chebihi Hassani

OPHTHALMOLOGISTE

Maladies et Chirurgie des Yeux
Microchirurgie de la Cataracte
Angiographie - Laser - OCT

Résidence Dahhan - Rue Okba Ibn Nafii
1er étage - Berrechid
Tél. : 05 22 32 48 47



الدكتورة اشبيهي حسني سمية

اختصاصية في أمراض وجراحة العيون

جراحة الساد (الجلالة)

التخطيط الوعائي للشبكة - الليزر

إقامة دحان - زنقة عقبة بن نافع

الطبقة الأولى - برشيد

الهاتف : 05 22 32 48 47

COMPTE RENDU OCT MACULAIRE

Médecin traitant :

D^r Chebihi S.

Patient(e) :

M^{me} Salim Smelou

Date de naissance :

Contexte clinique : Diabète HTA Autres

Œil droit

- Interface vitréo-rétinienne :
- Entonnoir fovéolaire :
- Couche rétinienne interne :
- Couche rétinienne externe :
- Complexe EP/MB/CC :

D^r V
respecté / ENC : 242

quelques exsudats

RMS

RMS

Œil gauche

- Interface vitréo-rétinienne :
- Entonnoir fovéolaire :
- Couche rétinienne interne :
- Couche rétinienne externe :
- Complexe EP/MB/CC :

D^r V
respecté / ENC. 286

exsudats / logelets maculaires

RMS

RMS

Conclusion

OCT maculaire

OD, présence de quelques exsudats

OCT maculaire

OS, logelets maculaires et exsudats

FACTURE

N° : 2828 / 2021 du 23/02/2021

ANGIOGRAPHIE

Nom patient SALIM ASMAHANE
PAYANTEntrée 23/02/2021
Sortie 23/02/2021

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
ANGIOGRAPHIE	1.00		1 000.00	1 000.00
Total Clinique				1 000.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

MILLE DIRHAMS

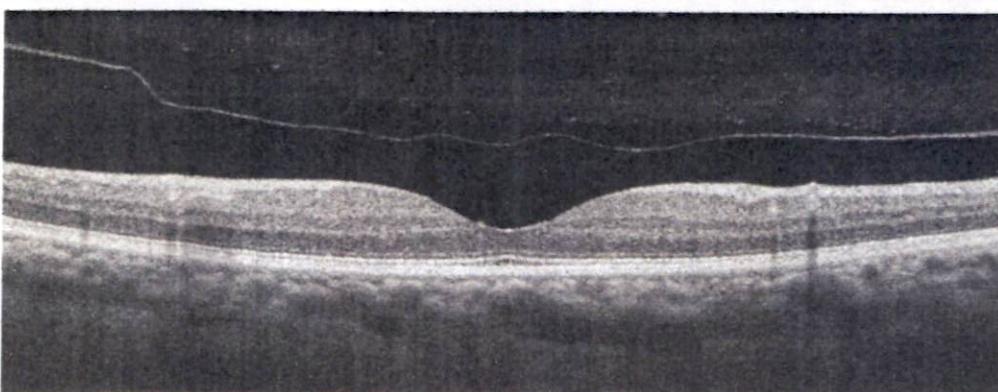
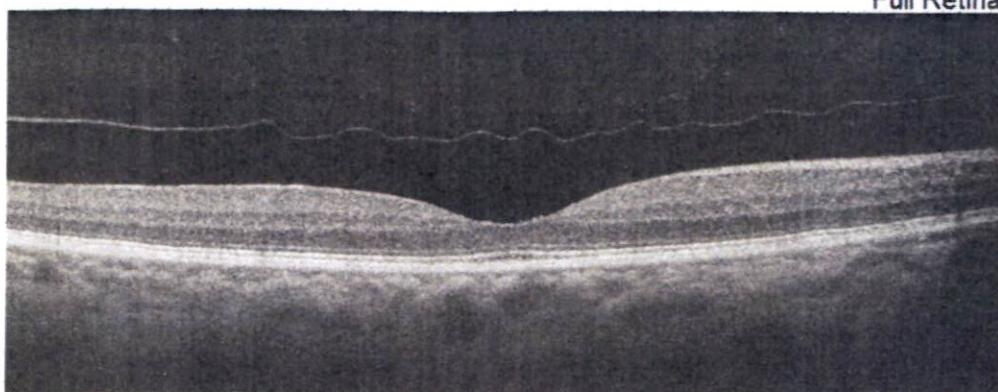
Total 1 000.00

CLINIQUE AL MADINA
Caisse
Angle Rue Med Bahi et Rue Mansard
Quartier Palmier - Casablanca
Tél: 05 22 77 77 40 à 49 - Fax: 05 22 25 00 01/02
3
Email : clinique.almadina@yahoo.fr - I.F n°:1007171 - R.C :407991 - Patente :34782425

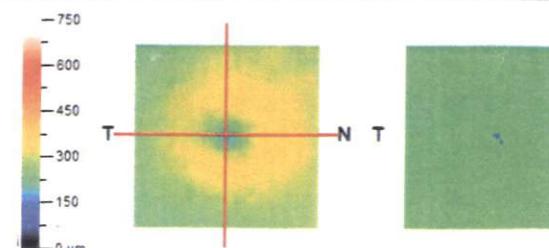
Right / OD

Retina Map OU Report

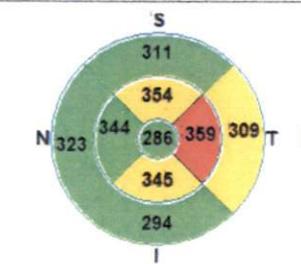
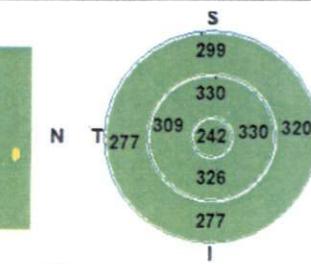
Left / OS



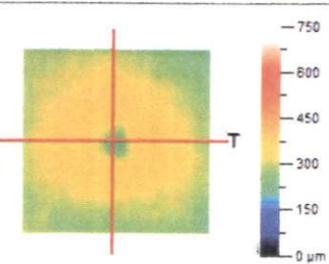
Exam Date: 22/02/2021, SSI = 69.3



NDB Reference from Normal Map



NDB Reference from Normal Map



Report Date: Monday 22/02/2021 15:16:24

Software Version: 2018.1.0.4

Comment:

Signature:

Defining the OCT Revolution

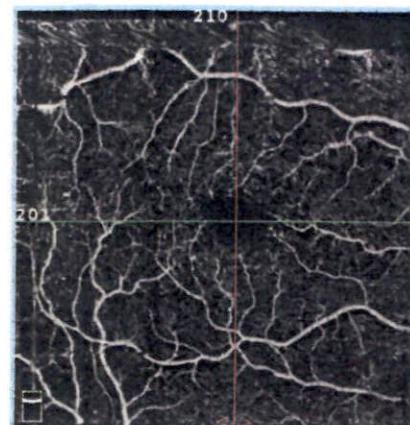


Patient: Sallim, Soumaya
Physician: Dr. Chebibi Hassani, Soumaya
Operator:
Disease:

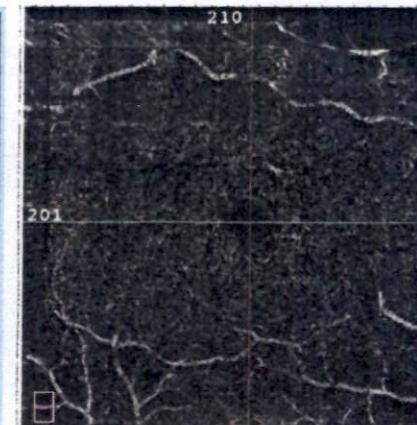
Cabinet Docteur CHEBIHI MASSANI SOUMAYA
5 Rue Okba Ibnou Nafii, Residence Dahan Berrechid 0522324847
Gender: Female
ID:

Exam Date: 22/02/2021
DOB(age): 01/01/1954 (67)
Ethnicity: Caucasian
Algorithm Ver: A2018,1,0,43

Retina OverVue



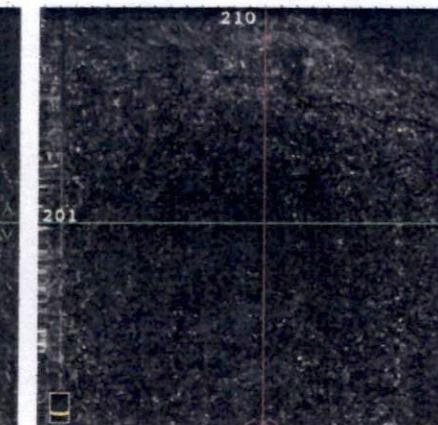
Angio - Superficial



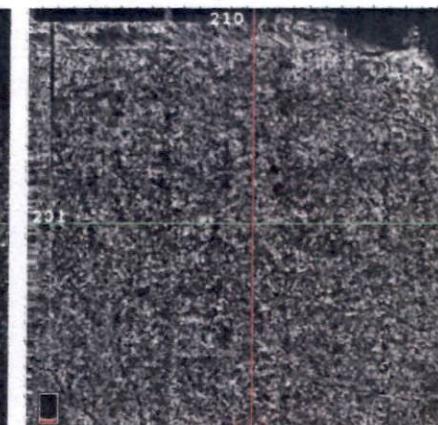
Angio - Deep

Scan Quality 7/10

6.00 x 6.00 Scan Size (mm)



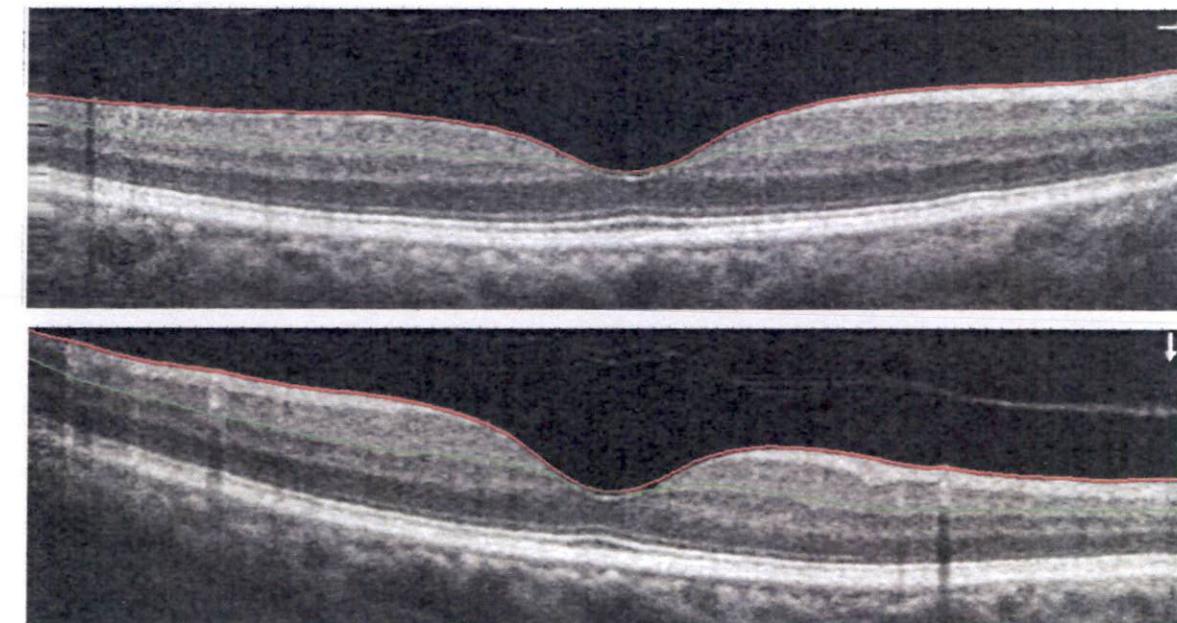
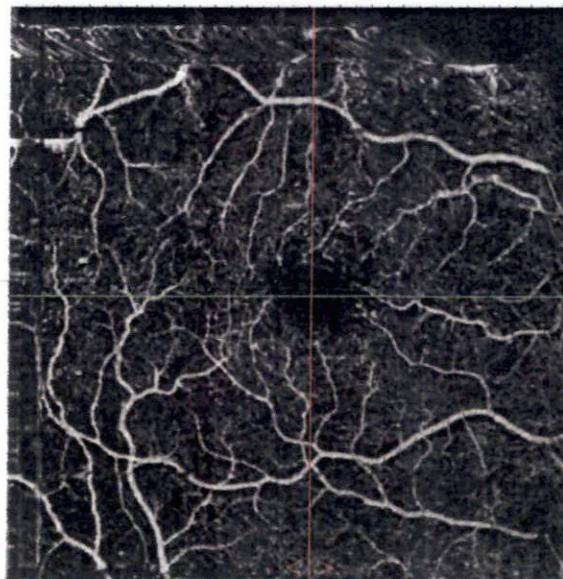
Angio - Outer Retina



Angio - Choriocapillaris

Right / OD

-
-
-
-
-
- Invert
- Color
- Show Lines
- Show Bnd
- Angio
- OCT
- Angio / OCT
- Auto Zoom



Report Date: Monday 22/02/2021 15:14:40

Software Version: 2018,1,0,43

Comment:

Signature:



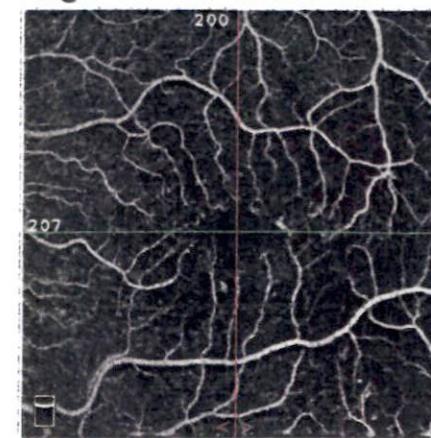
Defining the OCT Revolution

DR CHEBIH, SIDI BOUZID
Physician: dr chebihi hassani, soumaya
Operator: 4
Disease:

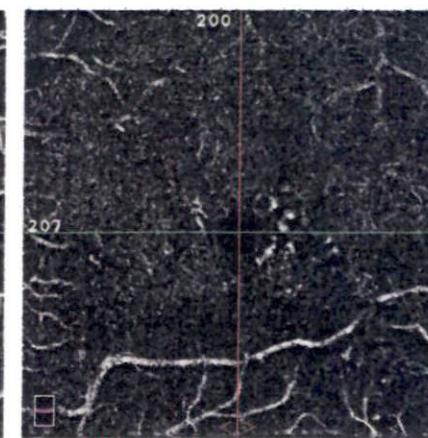
CHEBIH DR CHEBIH SIDI BOUZID
5 Rue Okba Ibnou Nafii, Residence Dahan Berrechid 0522324847
Gender: Female
ID:

Exam Date: 22/02/2021
DOB(age): 01/01/1954 (67)
Ethnicity: Caucasian
Algorithm Ver: A2018,1,0,43

Angio | Retina QuickVue

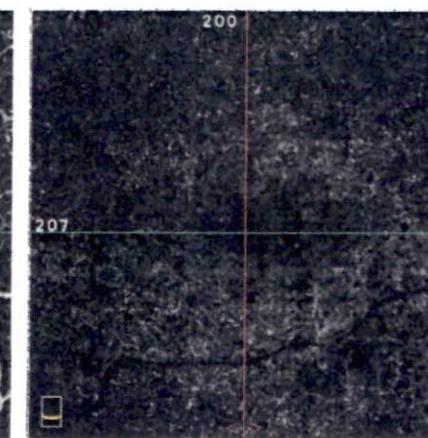


Superficial (ILM - IPL)



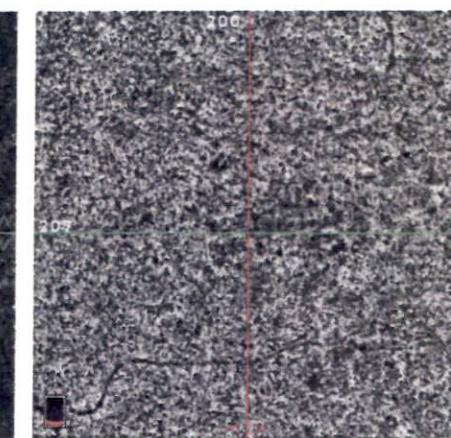
Deep (IPL - OPL)

Scan Quality 7/10

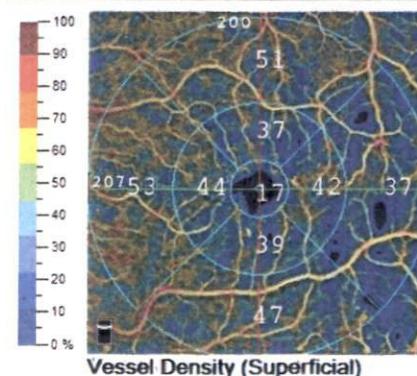
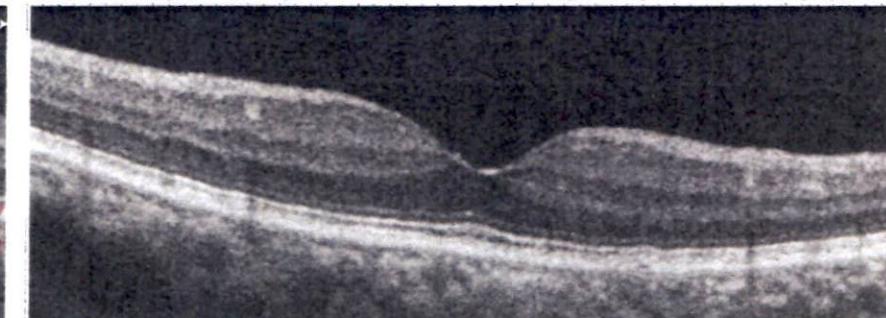
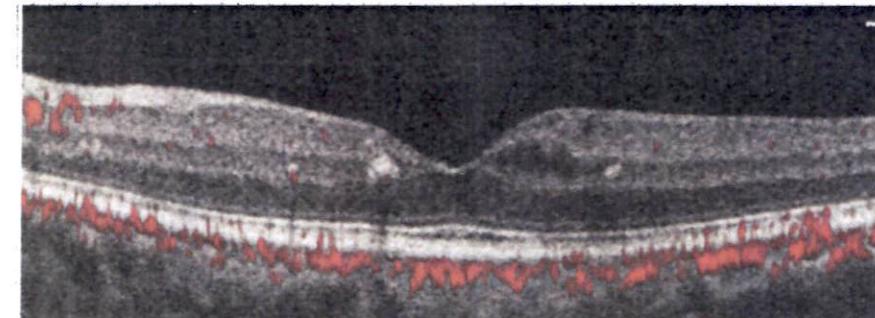


Outer Retina (OPL - BRM)

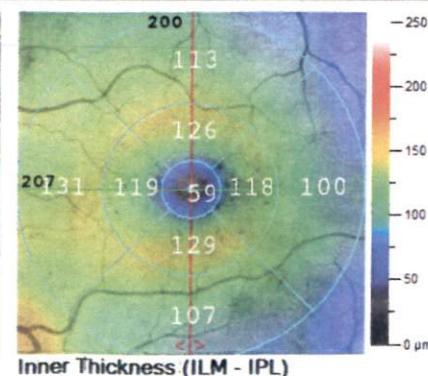
6.0 x 6.0 Scan Size (mm)



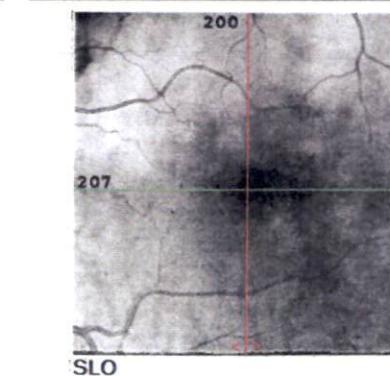
Choriocapillaris (BRM - BRM+30μm)



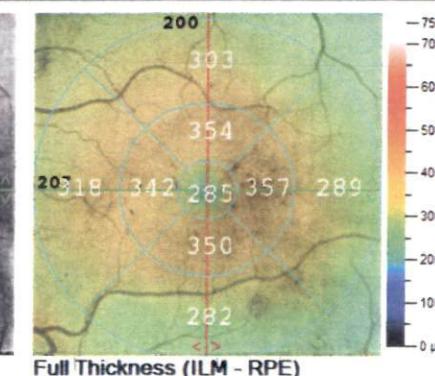
Vessel Density (Superficial)



Inner Thickness (ILM - IPL)



SLO



Full Thickness (ILM - RPE)

Left / OS

Exit

Print

OverVue

Show Lines

Show Bnd

Angio Overlay

Auto Zoom



Thickness

Full

Overlay



Report Date: Monday 22/02/2021 15:18:31

Software Version: 2018,1,0,43

Comment:

Signature:

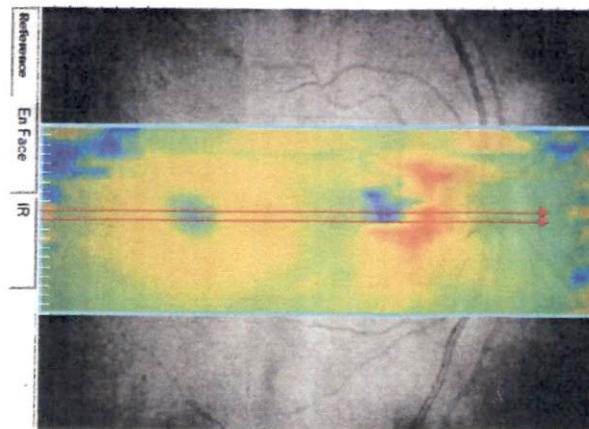
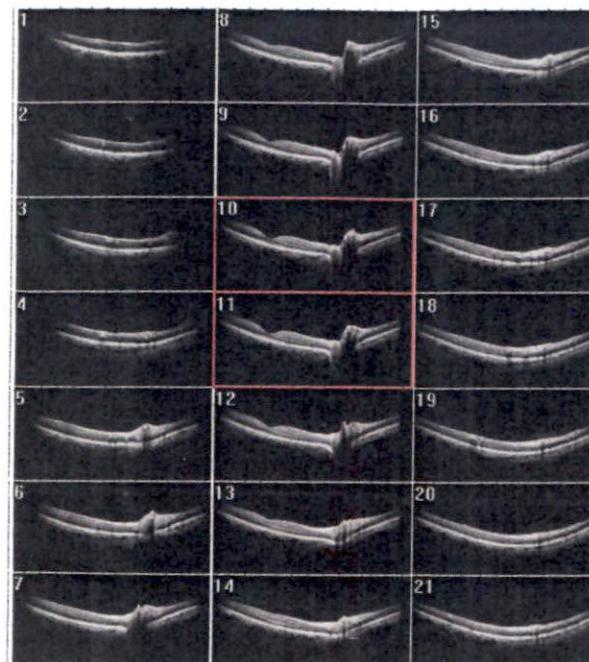
Defining the OCT Revolution

Patient: Sallim, Soumaya
Chebihi hassani, soumaya
Operator:
Disease:

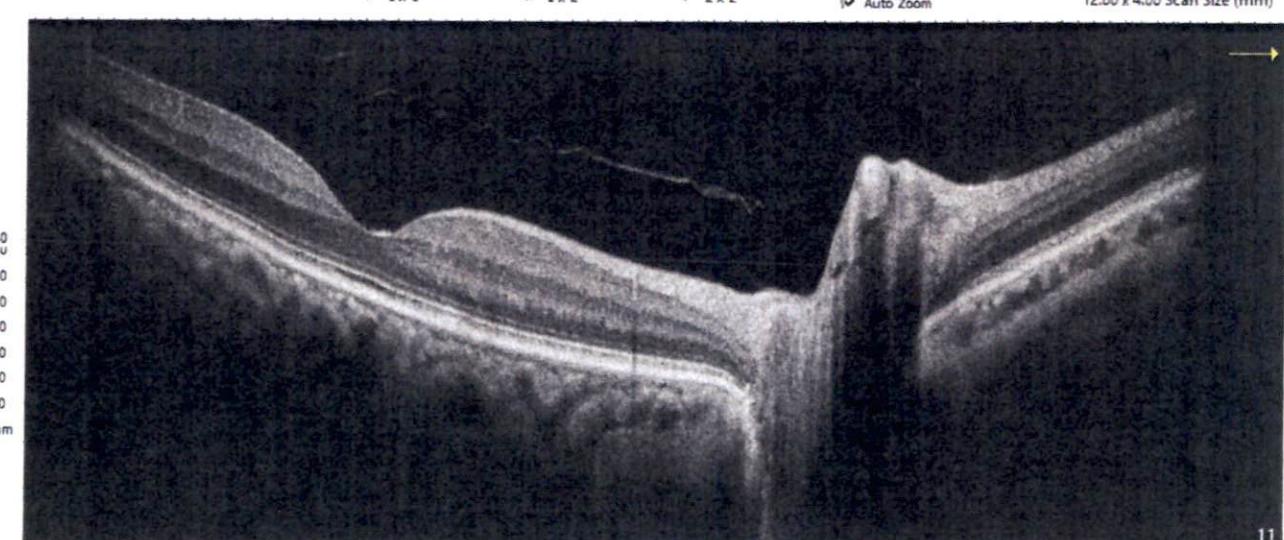
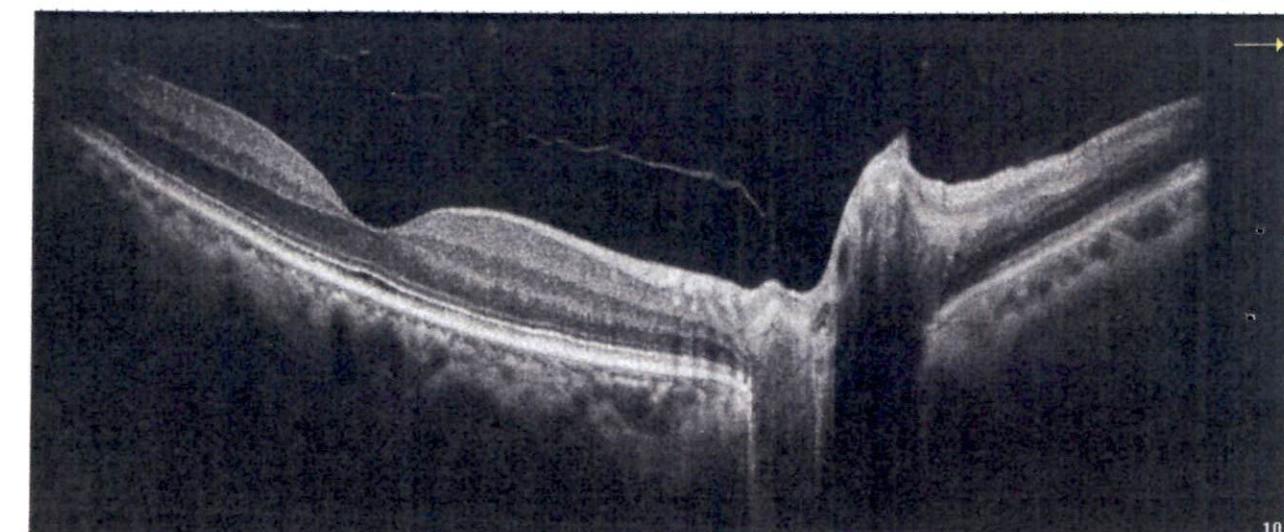
Cabinet Docteur CHEDDINI MASSANT SOUMAYA
5 Rue Okba Ibnou Nafii, Residence Dahan Berrechid 0522324847
Gender: Female
ID:

Exam Date: 22/02/2021
DOB(age): 01/01/1954 (67)
Ethnicity: Caucasian
Algorithm Ver: A2018,1,0,43

Raster



Signal Strength Index 51



Report Date: Monday 22/02/2021 15:13:56

Software Version: 2018,1,0,43

Comment:

Signature:



Defining the OCT Revolution

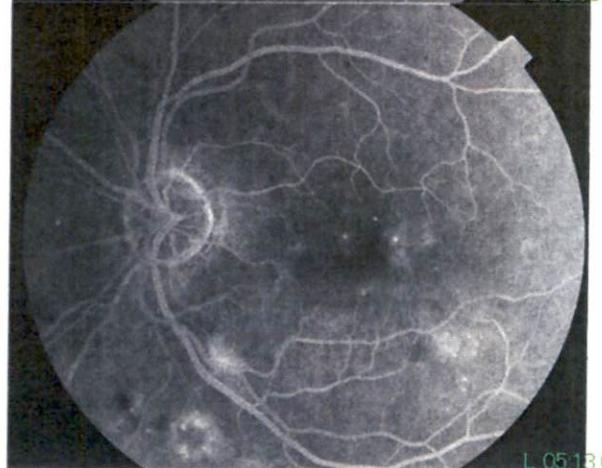
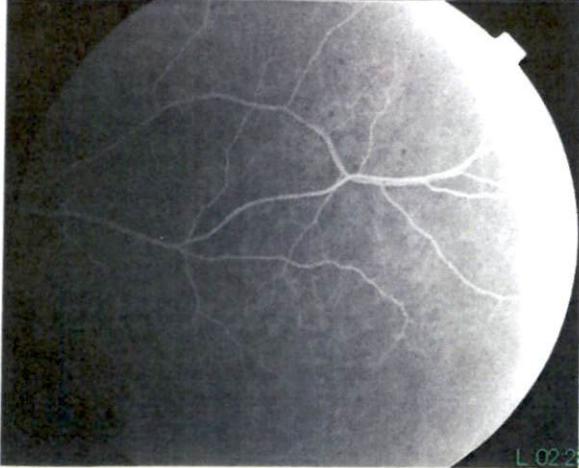
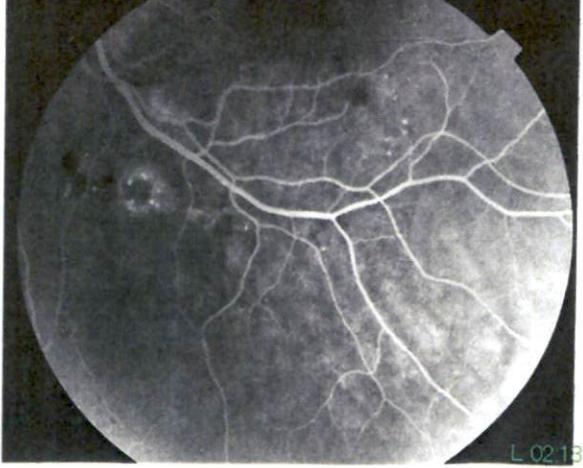
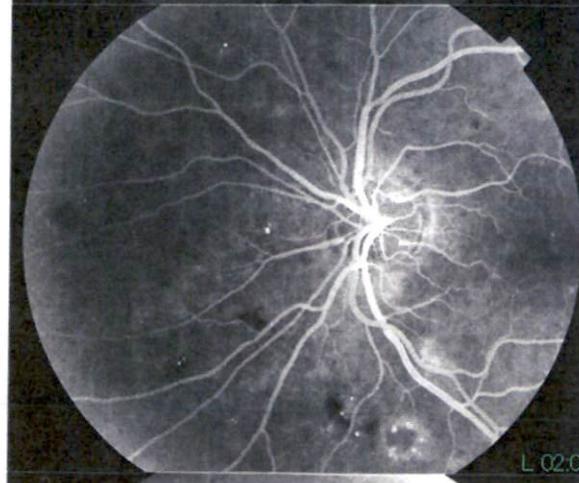
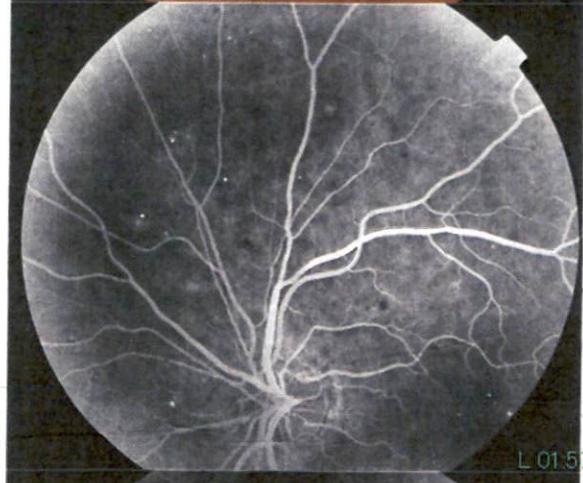
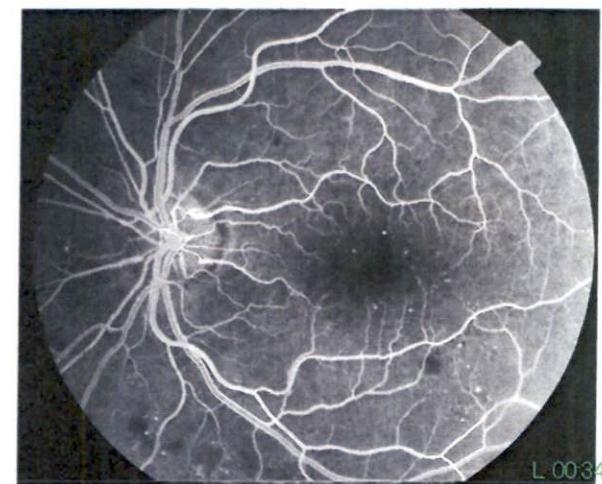
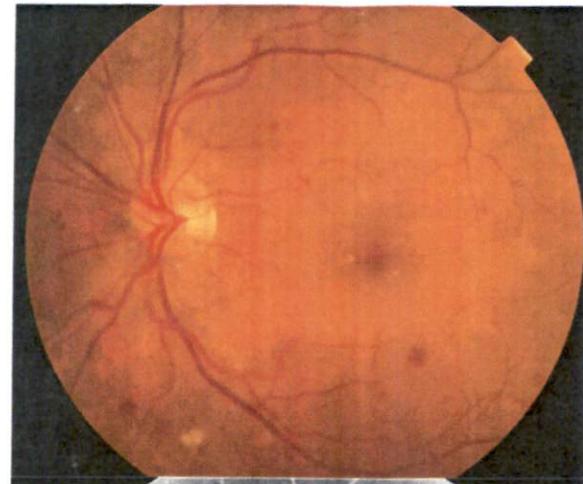
CLINIQUE AL MADINA CASABLANCA

Patient ID:2809

Nom du patient: SALIM, ASMAHAN

Dr:

Date:23-02-2021



CLINIQUE AL MADINA CASABLANCA

Patient ID:2809

Nom du patient:SALIM, ASMAHAN

Dr:

Date:23-02-2021

