

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 canaux, 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 canaux.

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

- 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 - 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

Déclaration de Maladie

N° W19-548577

64407

Jeune Hafdi 862

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

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 06 82 65 64 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. SOUMAYA HASSANI
OPHTALMOLOGISTE
Rue Okba Ibnou Nafi Barrachid
Tél. 0522 32 48 47

Date de consultation : 22 FEB 2021
 Nom et prénom du malade : SALIM ASMAHANE Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : AMETROPE
 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 : 23/03/2021

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

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 : 862
 Nom de l'adhérent(e) :
 Total des frais engagés :
 Date de dépôt : 23/03/2021

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
22/02/21	S		309,00	INP : 061164084 Dr. Soumaya CHEHRI HASSANI OPHTALMOLOGISTE Rue Okba ben Nafli Berrechid Tél. 0522 32 48 47

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22/02/21	118,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	23/02/2021	ANG	1000 DIT
	22/02/2021	OCT manulaire	1500,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	22/2/21					2350,00

VOLET ADHERENT

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

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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []																					
				Coefficient DES TRAVAUX []																					
				MONTANTS DES SOINS []																					
				DEBUT D'EXECUTION []																					
				FIN D'EXECUTION []																					
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient DES TRAVAUX []																					
	<table> <tr> <td>H</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>25533412</td><td>21433552</td><td></td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>D</td><td></td><td>G</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td><td></td></tr> <tr> <td>B</td><td></td><td></td></tr> </table>			H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			MONTANTS DES SOINS []
	H																								
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	[Création, remont, adjonction]																								
	Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession.																								

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
1^{er} étage - Berrechid
Tél. : 05 22 32 48 47



الدكتورة اشبيهي حسني سمية

إختصاصية 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

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



PHARMACIE HAYATI HANNA
Mme. FIKRI Ezzoula
7 Marché El Hana Hay El Hana
Casablanca - Tél.: 05 22 94 67 67

Dr. Soumaya CHEBIHI HASSANI
OPHTALMOLOGISTE
Rue Okba Ibnou Nafii - Berrechid
Tél.: 05 22 32 48 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
<u>CORRECTION VISUELLE:</u>			
<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

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

إختصاصية 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

SALIM Smahan

Note d'honneur

OCT maculaire

150000

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

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

Dr. Soumaya Chehihi 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

إختصاصية 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 ③
Caisse
Angle Rue Med Bahi et Rue Mansard
Quartier Palmer - Casablanca
Tél: 05 22 77 77 40/49 - Fax: 05 22 25 00 01

Note d'honneur

1000 04

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

Dr. Soumaya Chebihi 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

إختصاصية 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

COMPTE RENDU OCT MACULAIRE

Médecin traitant :

D^r Chebihi S.

Patient(e) :

M^{me} Salim Smehoun

Date de naissance :

Contexte clinique : ☒ Diabète ☐ HTA ☐ Autres

Œil droit

- Interface vitréo-rétinienne : *DPV*
- Entonnoir fovéolaire : *respecté / ENC : 242*
- Couches rétinienne internes : *quelques exsudats*
- Couches rétinienne externes : *RMS*
- Complexe EP/MB/CC : *RMS*

ŒIL gauche

- Interface vitréo-rétinienne : *DPV*
- Entonnoir fovéolaire : *respecté / ENC : 286*
- Couches rétinienne internes : *exsudats / logettes maculaires*
- Couches rétinienne externes : *RMS*
- Complexe EP/MB/CC : *RMS*

Conclusion

OCT maculaire OD, présence de quelques exsudats

OCT maculaire OG, logettes maculaires et exsudats

FACTURE

N° : 2828 / 2021 du 23/02/2021

ANGIOGRAPHIE

Nom patient **SALIM ASMAHANE**
PAYANT

Entrée 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
			Sous-Total	1 000.00
Total Clinique				1 000.00

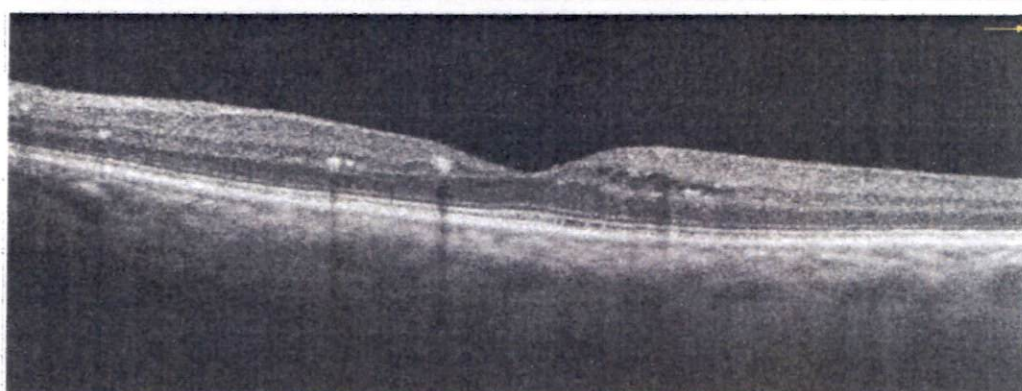
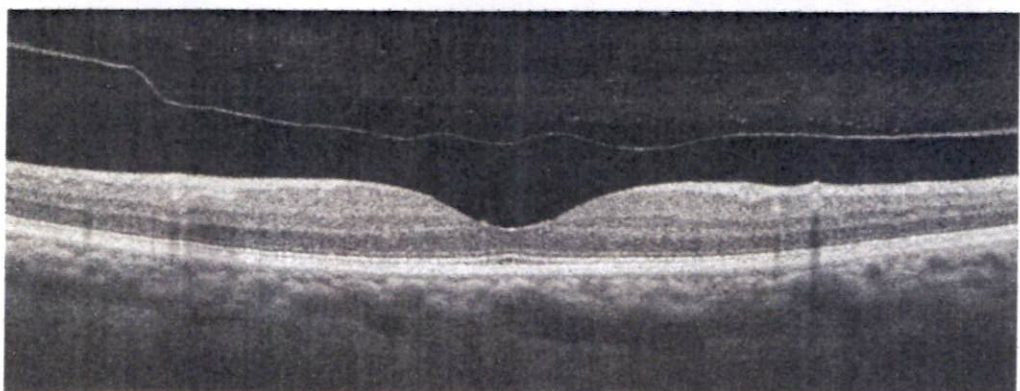
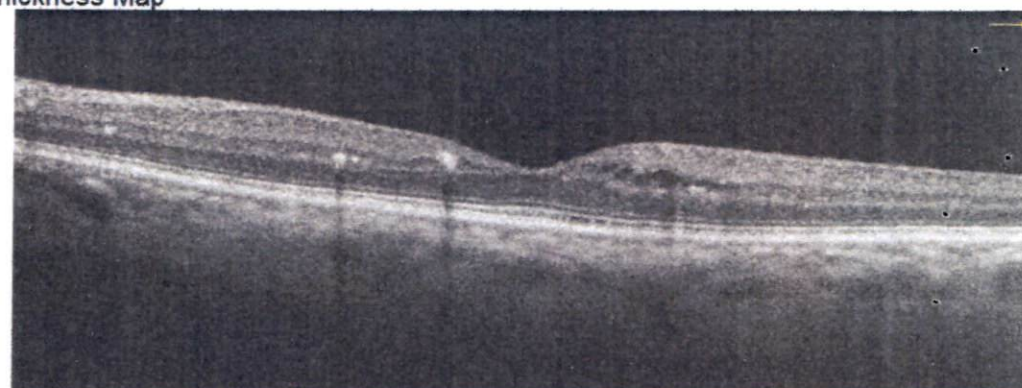
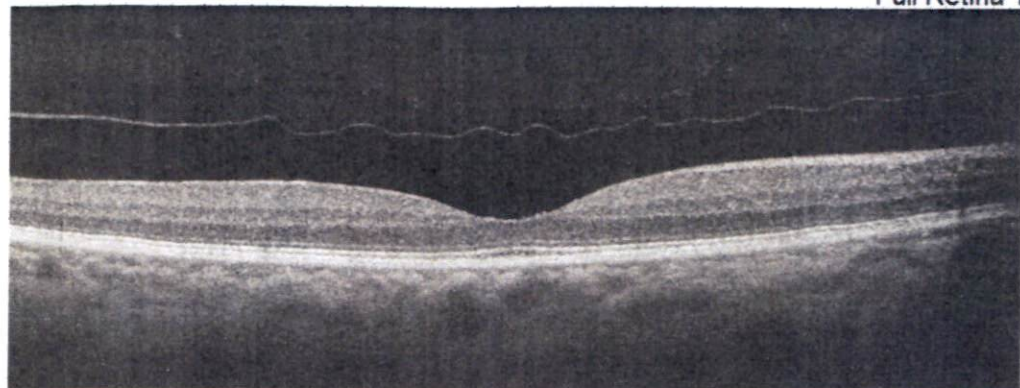
Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	1 000.00
MILLE DIRHAMS		

CLINIQUE AL MADINA ③
Caisse
Angle Rue Med Bahi et Rue Mansard
Quartier Palmiers Casablanca
Tél: 05 22 77 77 40/49 - Fax 05 22 25 00 01

Right / OD

Retina Map OU Report Full Retina Thickness Map

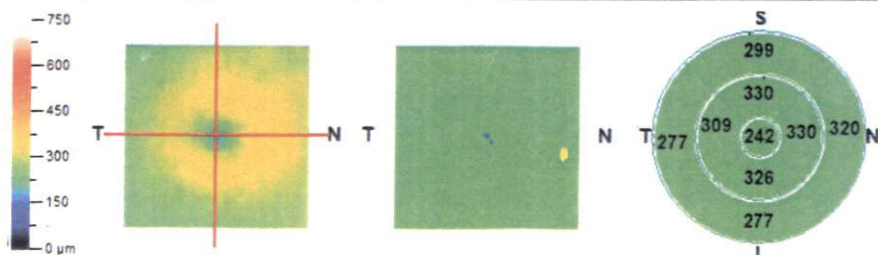
Left / OS



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

Exam Date: 22/02/2021, SSI = 57.4

Auto Zoom



NDB Reference from Normal Map



NDB Reference from Normal Map

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

Software Version: 2018,1,0,43

Comment:

Signature:



Patient: salim, smahan
Physician: dr chebihi hassani, soumaya
Operator:
Disease:

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

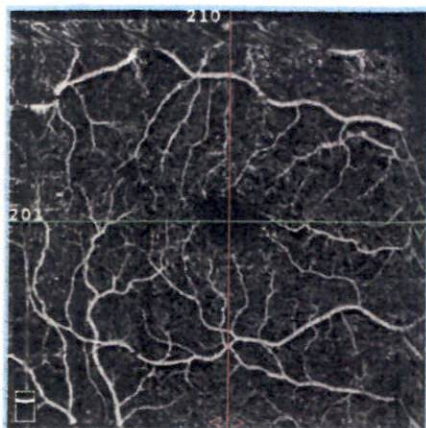
Exam Date: 22/02/2021
DOB(age): 01/01/1954 (67)
Ethnicity: Caucasian
Algorithm Ver: A2018,1,0,43

Retina OverVue

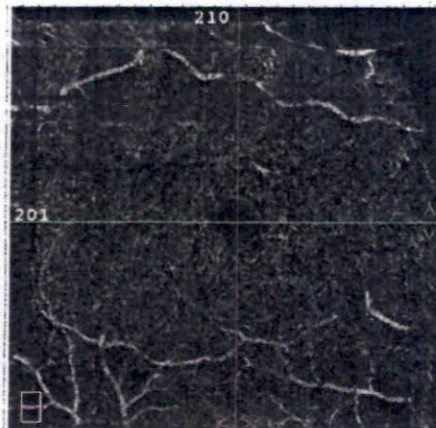
Scan Quality 7/10

6.00 x 6.00 Scan Size (mm)

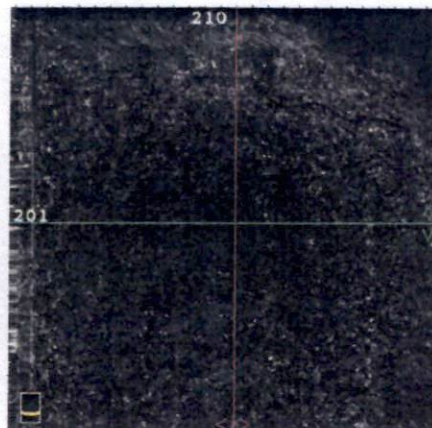
Right / OD



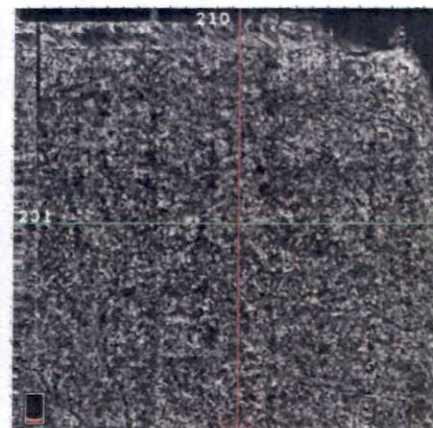
Angio - Superficial



Angio - Deep

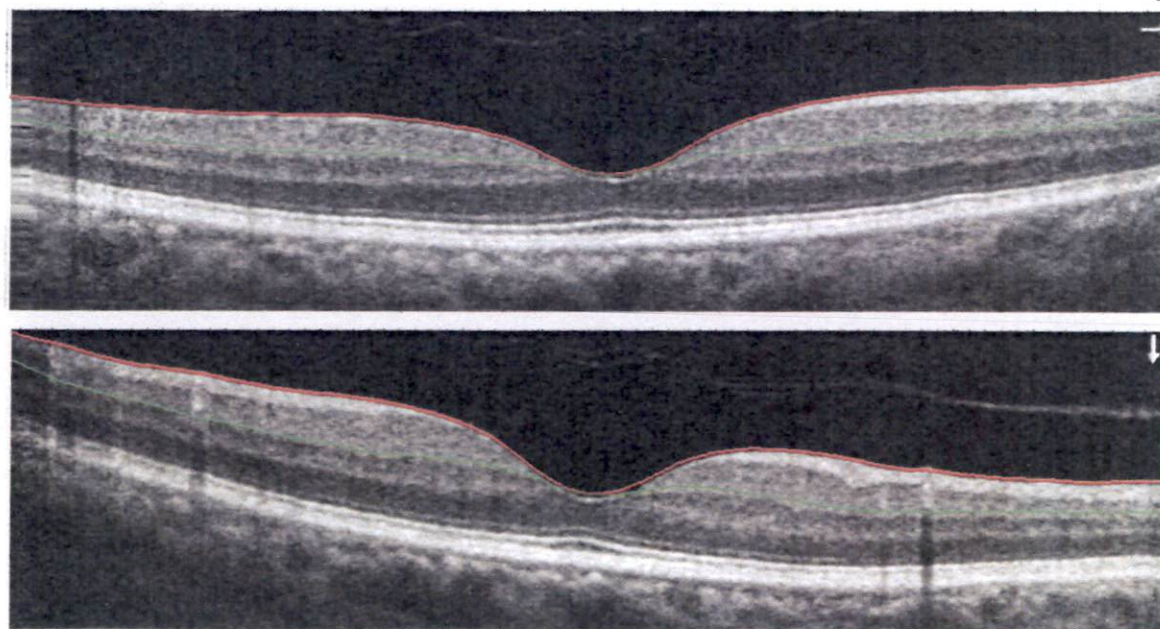
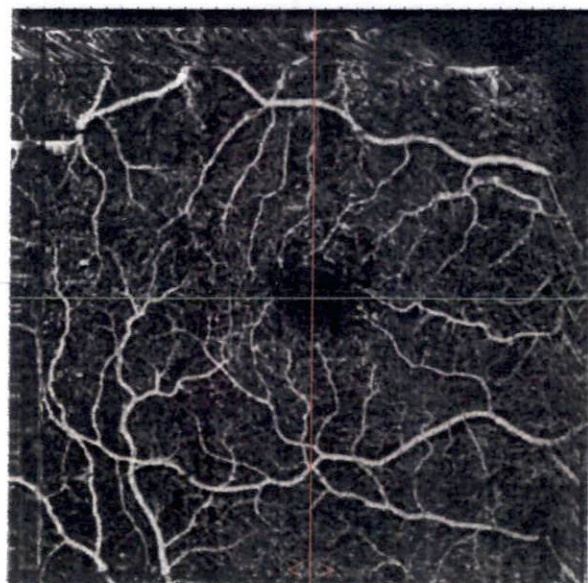


Angio - Outer Retina



Angio - Choriocapillaris

- Exit
QuickVue
Print
Export Angio
Reset View
☐ 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



Physician: dr chebihi hassani, soumaya
Operator:
Disease:

5 Rue Okba Ibnou Nafii, Residence Dahab Berrechid 0522324847
Gender: Female
ID:

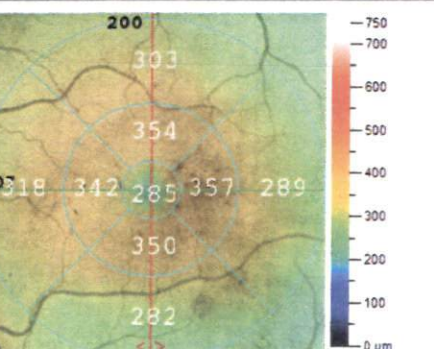
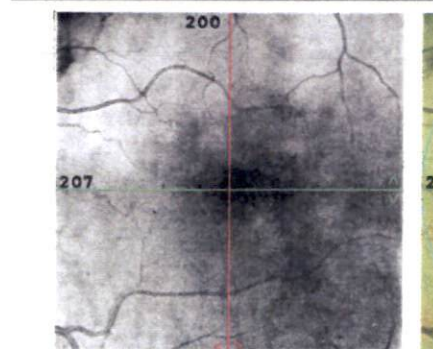
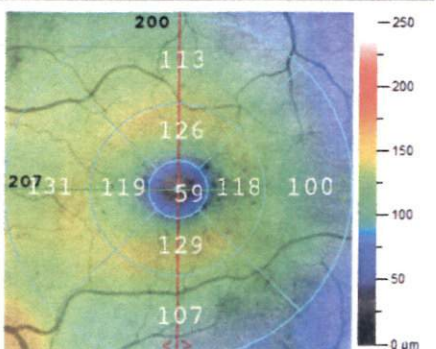
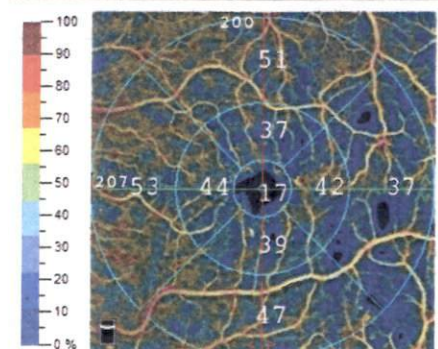
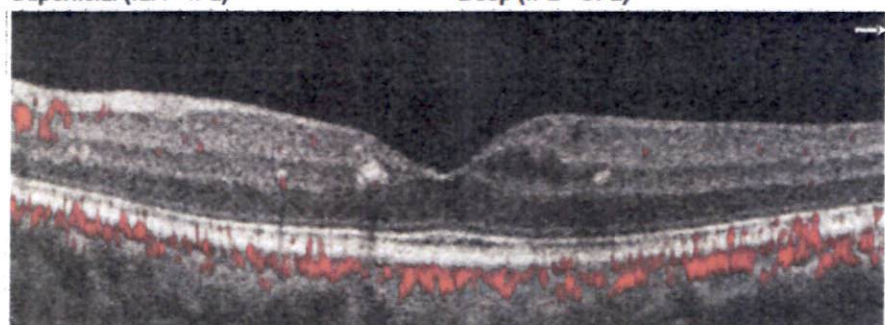
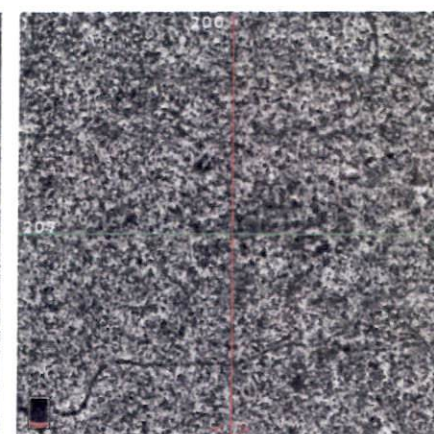
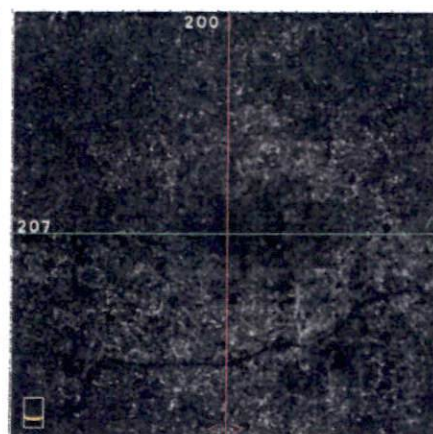
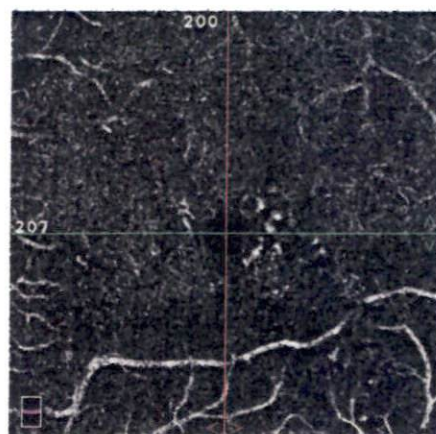
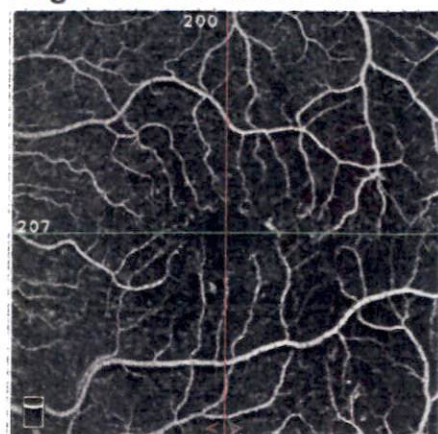
DOB(age): 01/01/1954 (67)
Ethnicity: Caucasian
Algorithm Ver: A2018,1,0,43

Angio Retina QuickVue

Scan Quality 7/10

6.0 x 6.0 Scan Size (mm)

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

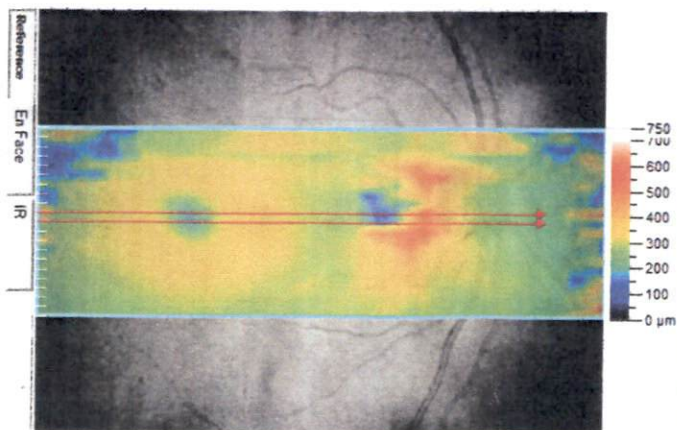
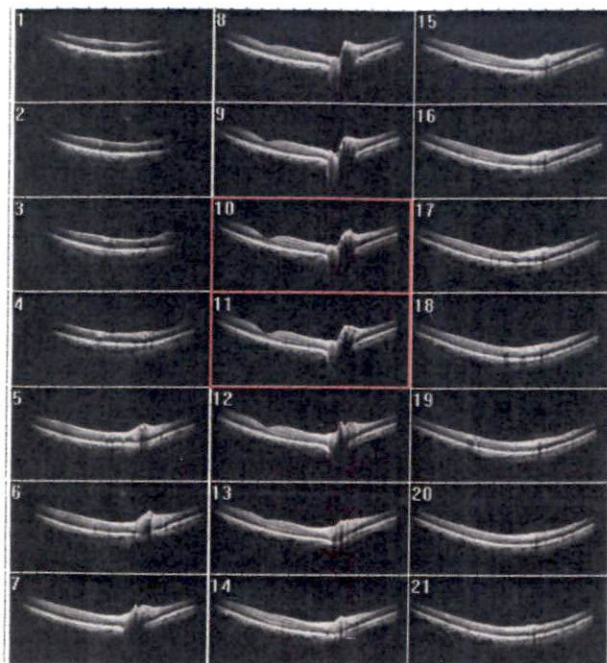


patient: saïdi, sriahadi
Opération: chebihi hassani, soumaya
Disease:

CADREX DOCTEUR CREDINI MASSANI SOUMAYA
5 Rue Okba Ibnou Nafii, Residence Dahar Berrechid 0522324847
Gender: Female
ID:

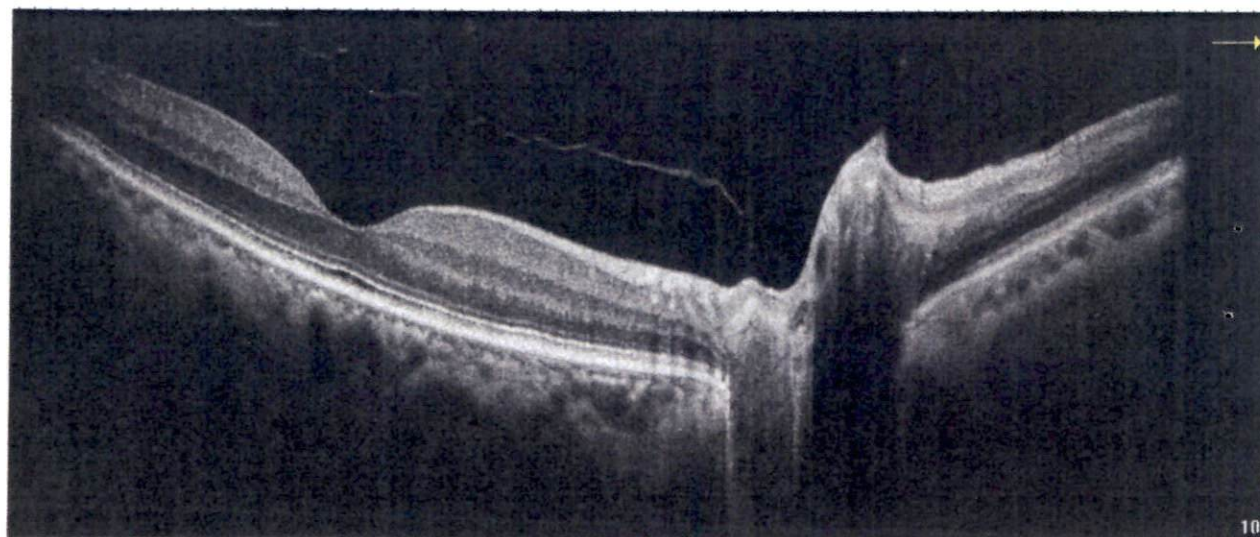
Exam Date: 22/02/2021
DOB(age): 01/01/1954 (67)
Ethnicity: Caucasian
Algorithm Ver: A2018,1,0,43

Raster

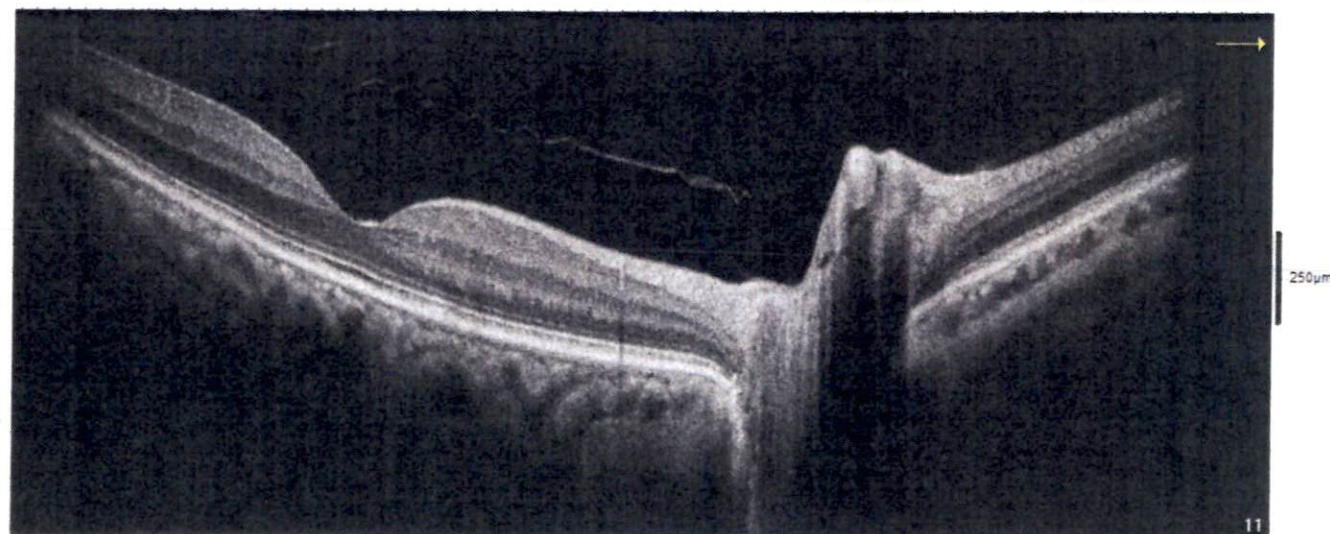


Signal Strength Index 51

Right / OD



1 x 1 1 x 2 2 x 2 ☒ Auto Zoom 12.00 x 4.00 Scan Size (mm)



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

Software Version: 2018,1,0,43

Comment:

Signature:

Defining the OCT Revolution

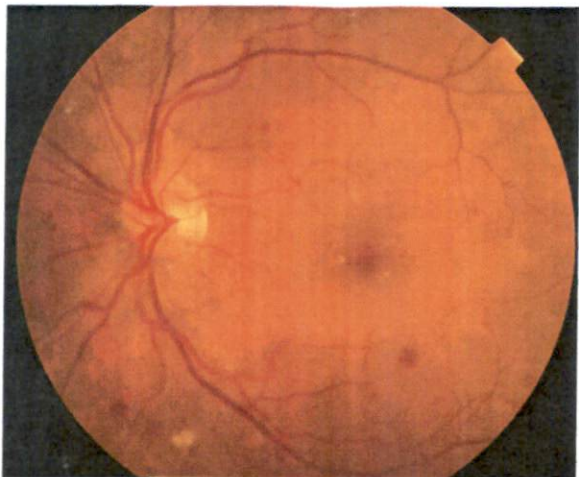


Patient ID:2809

Nom du patient: SALIM, ASMAHAN

Dr:

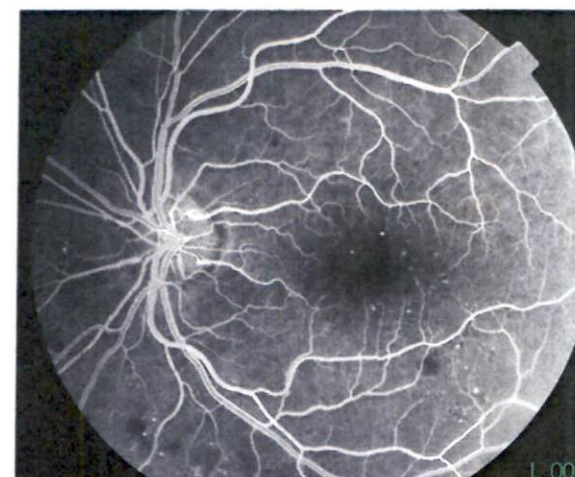
Date: 23-02-2021



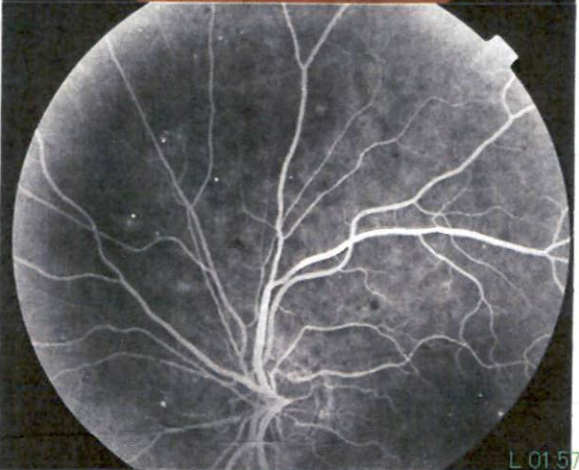
L



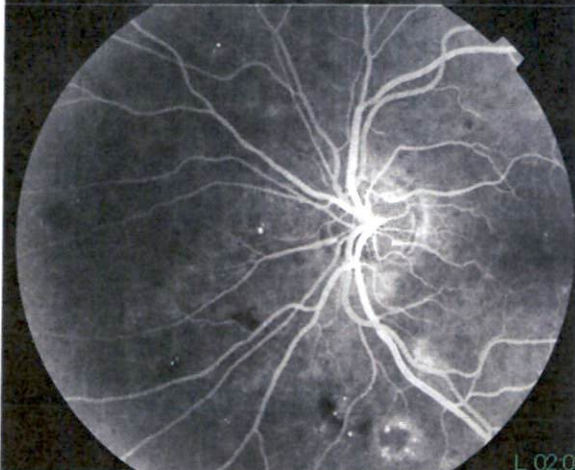
L



L 00340



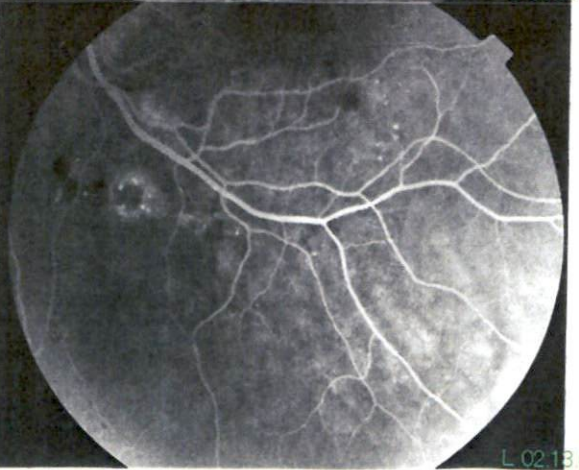
L 01570



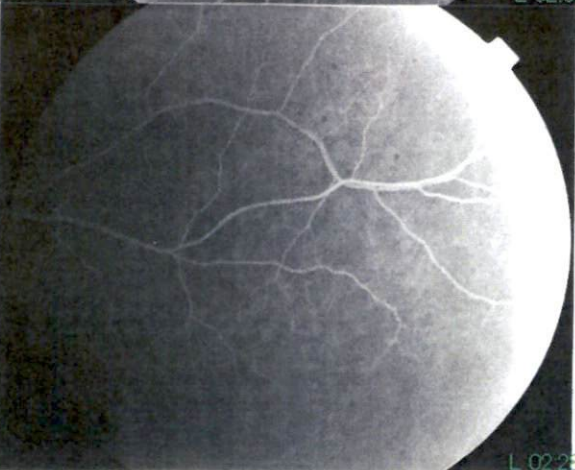
L 02030



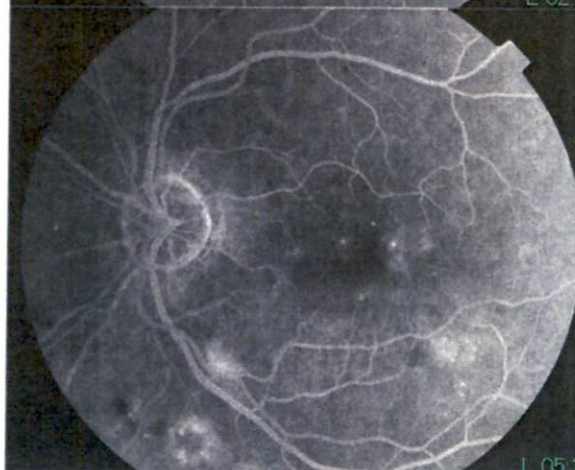
L 02030



L 02130



L 02230



L 05130

Patient ID:2809

Nom du patient: SALIM, ASMAHAN

Dr:

Date:23-02-2021

