

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.

Biologie 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

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



Déclaration de Maladie

N° M20- 0009209

☒ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7140 Société : RAM 69201
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : M. DAHAN Rkia
Date de naissance : 30.04.60
Adresse : Villa N°5 Rue Sidi AL WADO LAT Regraga
BERRECHID
Tél. : 066447813 Total des frais engagés : 600 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation : 02/03/2021

Nom et prénom du malade : DAHAN Rkia

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection oculaire

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 : BERRECHID

Le : 30/04/21

Signature de l'adhérent(e) :

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
02/03/21				Dr. Soumaya CHEIKH HASSANI OPHTALMOLOGISTE Rue Okba Ibnou Nafi Berrechid Tél. 0522 32 48 47

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. Soumaya CHEIKH HASSANI OPHTALMOLOGISTE Rue Okba Ibnou Nafi Berrechid Tél. 0522 32 48 47	04/03/2021	OCT. corneée	600,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

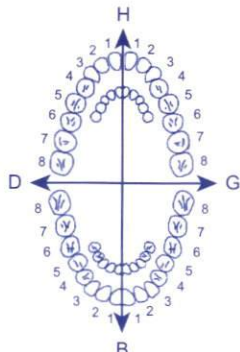
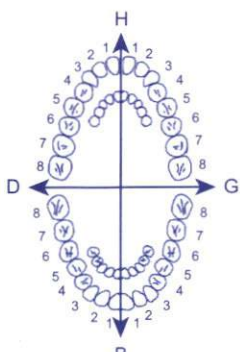
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RÉLEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D </div> <div> G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div>			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

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

Note d'honoraire OCT cornée

Dr. Soumaya CHEBIHI HASSANI = DH
OPHTALMOLOGISTE 600,00
Rue Okba Ibnou Nafii Berrechid
Tél. 0522 32 48 47



Dr. Soumaya CHEBIHI HASSANI
OPHTALMOLOGISTE
Rue Okba Ibnou Nafii Berrechid
Tél. 0522 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

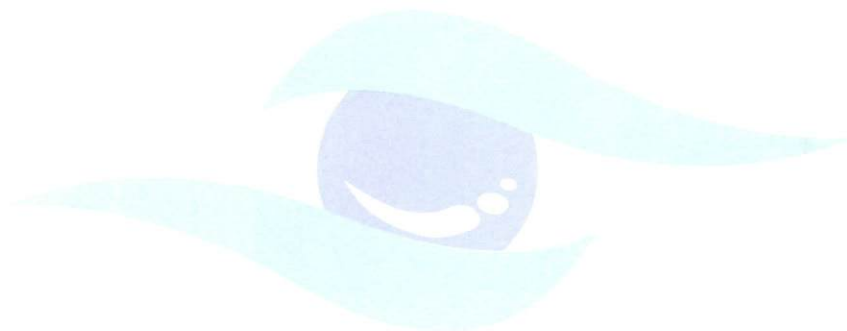
إقامة دحان - زنقة عقبة بن نافع
الطابق الأول - برشيد
الهاتف : 05 22 32 48 47

Berrechid, le

02/03/2021

Mme DAHAN Rkia

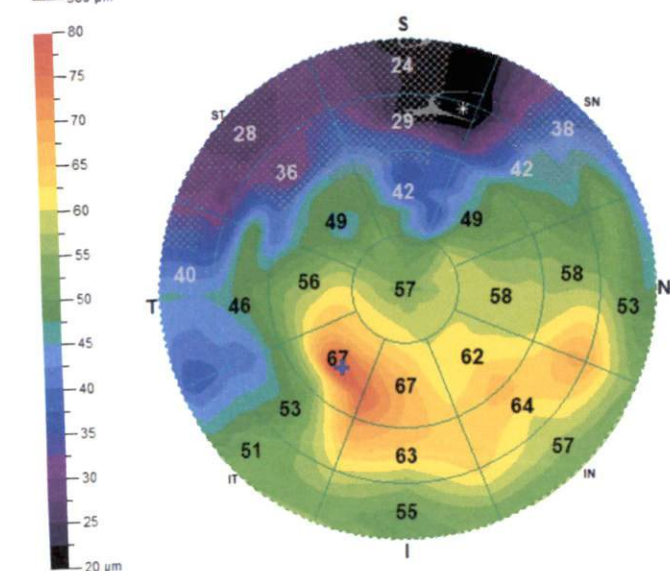
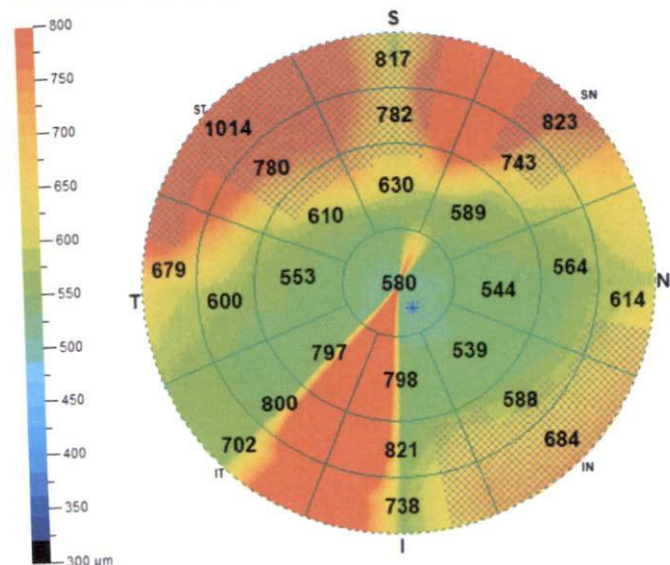
OCT cornée



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

Right / OD

Exam Date: 04/03/2021 13:38:58



PachymetryWide OU Report

41 Signal Strength Index 33

Pachymetry Map

Pachymetry

Pachymetry statistics within central 5mm

	OD	OS		OD	OS
SN-IT(2-5mm):	-208	10	S-I(2-5mm):	-168	38
Min:	524	482	Location Y:	-463	-199E
Min-Median:	-100	-68	Min-Max:	-995	-91
Min thickness indicated as *					

Epithelium Map

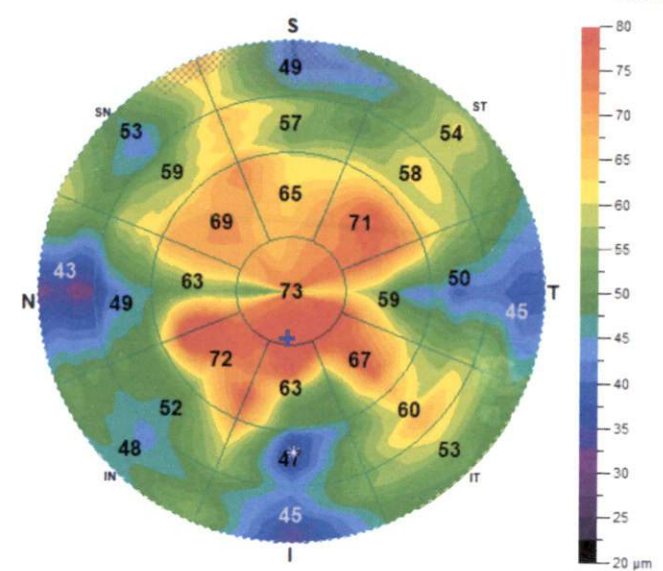
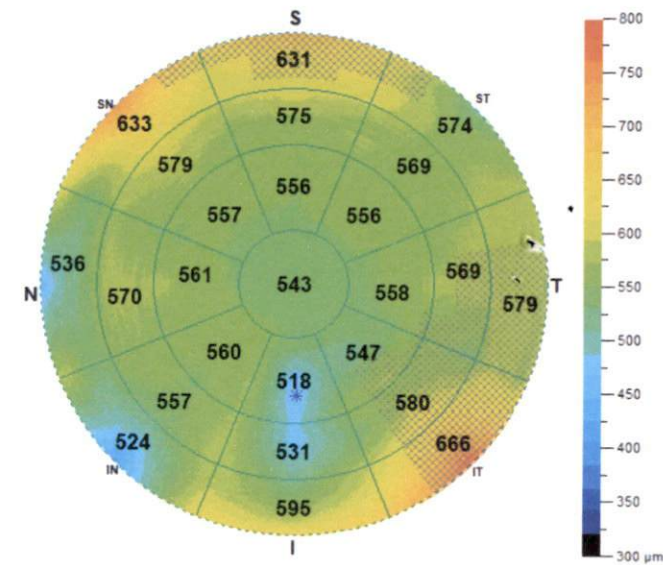
Epithelium

Epithelium statistics within central 7 mm

	OD	OS		OD	OS
S (2-7mm):	35	61	I (2-7mm):	65	54
Min:	20	37	Max:	75	85
Std Dev:	11.7	10.2	Min-Max:	-55	-48
Min/Max thickness indicated as */+					

Left / OS

Exam Date: 04/03/2021 13:41:18



Report Date: Thursday 04/03/2021 13:43:17

Software Version: 2018,1,0,43

Comment:

Signature:

Pachymétrie OD: 580 µm
 Cicatrice de keratoplastie radiaire
 amincissement épithélial supérieur et hypertrophie épith. inf.

Defining the OCT Revolution

Dr. Soumaya CHEBIHI HASSANI
 OPHTALMOLOGISTE
 Rue Okba Ibnou Nafii - Berrechid
 Tél: 0522 32 48 37

Pachymétrie OG: 543 µm
 hypertrophie épithéliale radiaire



Patient: ~~Chen~~, rkia
Physician: dr chebihi hassani, soumaya
Operator:
Disease:

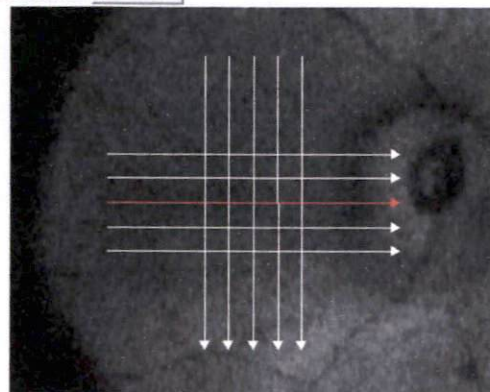
Cabinet Docteur CHEBIHI HASSANI SOUMAYA
5 Rue Okba Ibnou Nafii, Residence Dahan Berrechid 0522324847
Gender: Female
ID:

Exam Date: 04/03/2021
DOB(age): 30/01/1960 (61)
Ethnicity: Caucasian
Algorithm Ver: A2018,1,0,43

Right / OD

Scan 04/03/2021 13:37:11

En Face IR

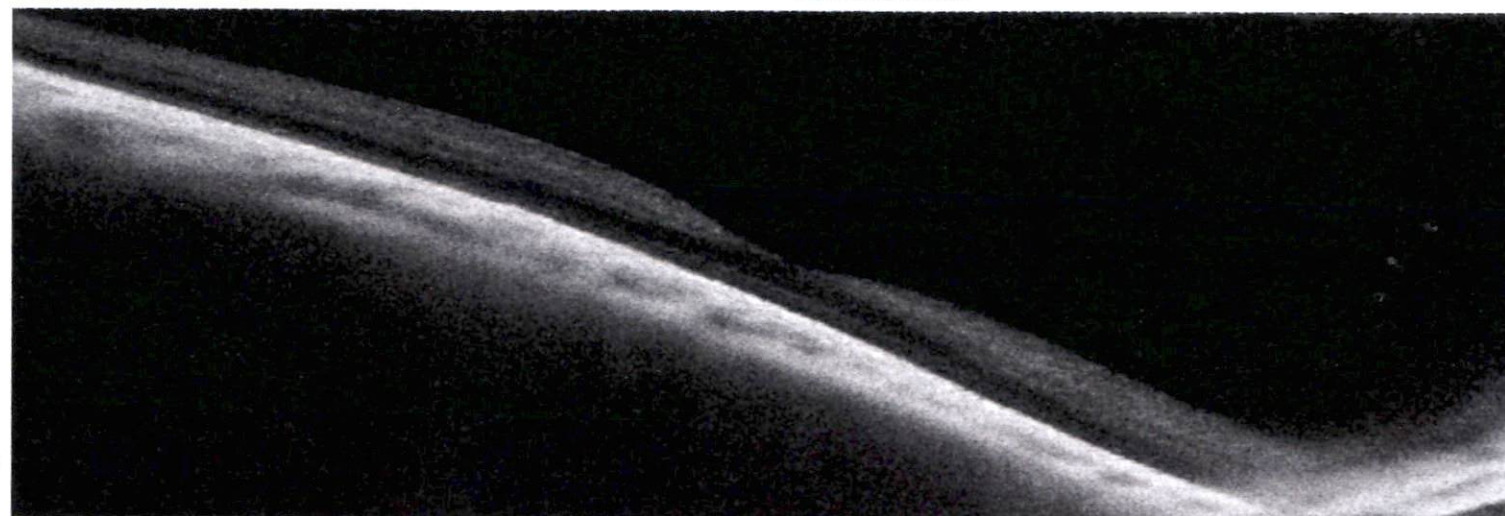


3

250µm

Signal Strength Index 38

6.00 x 2.00 Scan Size (mm)



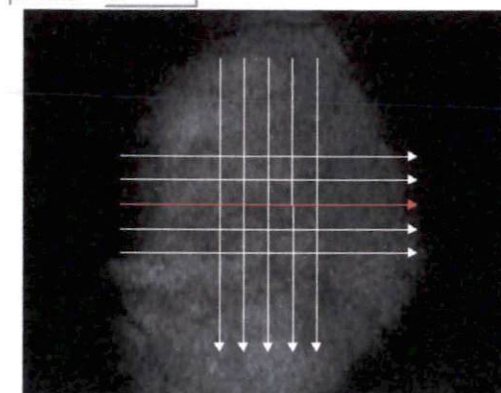
Auto Zoom



Signal Strength Index 36

6.00 x 2.00 Scan Size (mm)

En Face IR



3

250µm

Scan 04/03/2021 13:37:59

Left / OS

Report Date: Thursday 04/03/2021 13:40:02

Software Version: 2018,1,0,43

Comment: Dr. Soumaya CHEBIHI HASSANI
Signature: OPHTHALMOLOGISTE

Signature: 5 Rue Okba Ibnou Nafii - Berrechid
Tél: 0522324847

Defining the OCT Revolution



atient: dahan, rkia
hysician: dr chebihi hassani, soumaya
Operator:
Disease:

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

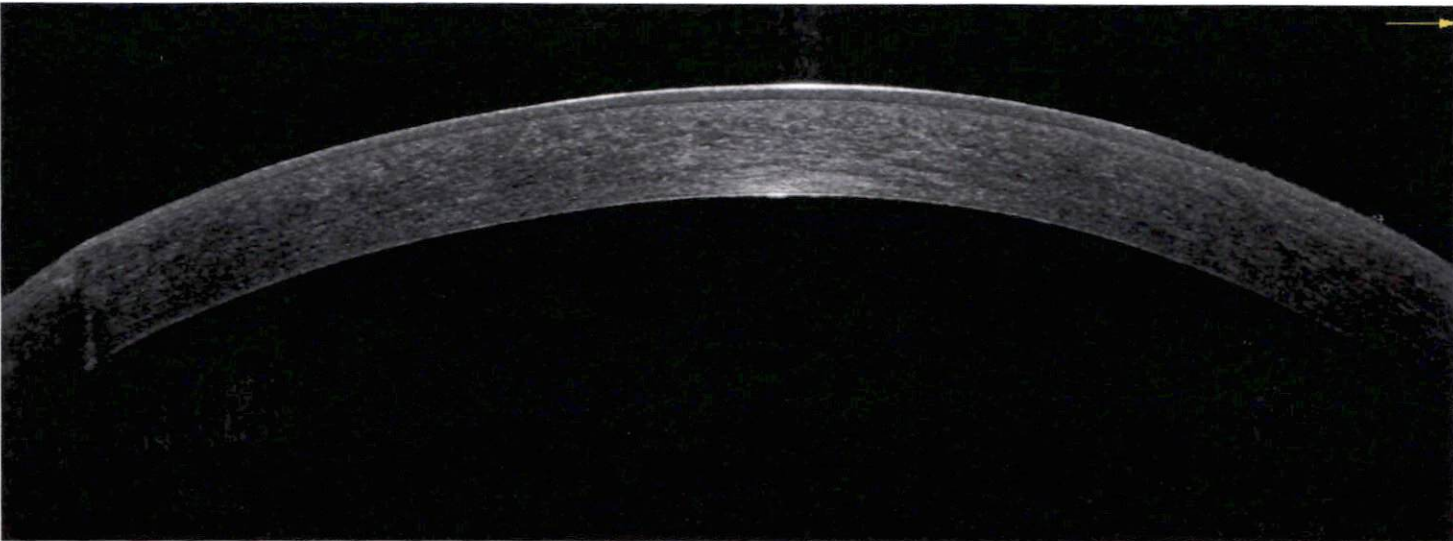
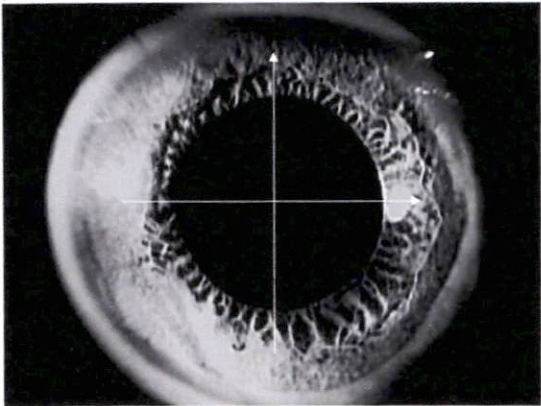
Exam Date: 04/03/2021
DOB(age): 30/01/1960 (61)
Ethnicity: Caucasian
Algorithm Ver: A2018,1,0,43

Cornea Cross Line

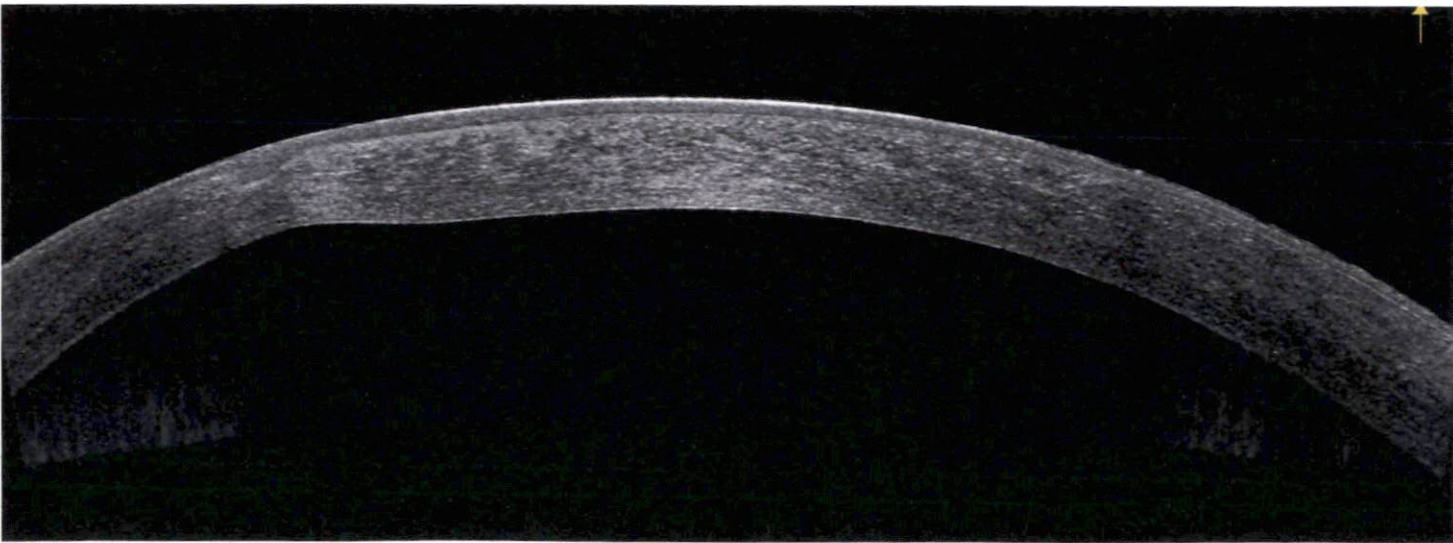
Signal Strength Index 36

Left / OS

IR



8.00mm Scan Length



Report Date: Thursday 04/03/2021 13:46:57

Software Version: 2018,1,0,43

Comment:

Signature:

Defining the OCT Revolution

