

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## cique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

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.

## ntaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## 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

Nº M20- 0009209

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7145 Société : RAM 69201

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : M. DAHAN R. KIA

Date de naissance : 30.01.65

Adresse : villa N° 5 Rue Sidi AL WAHAB LAT Regragg BERRECHID

Tél. : 0661447819 Total des frais engagés : 600 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 02/03/2021

Nom et prénom du malade : DAHAN R. KIA

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 : 30/04/2021

Signature de l'adhérent(e) :



#### **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                        |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 22.12.2021      | 2                 | 9                     |                                 | RUE OKBA IBNO NAMIR BLD 321<br>TÉL: 0522 321 000<br>DOCTEUR HASSAN<br>OPHTALMOLOGISTE |

## **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 |
|--|------------|------------------------------|------------------------|
| <p>Dr. Soumaya CHEIKH HASSANI<br/>OPHTHALMOLOGISTE<br/>Rue Okba Ibn Nafi Barrechini<br/>Tél. 0622 32 55 55</p> | 04/10/2021 | E.C.T. corinée               | 600,00                 |

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |

## RÉLEVE 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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**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 - زنقة عقبة بن نافع  
الطريق الأول - برشيد  
الهاتف : 05 22 32 48 47

Berrechid, le .....

*Note d'honoraires OCT Cormée*

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

*Dr. Soumaya CHEBIHI HASSANI  
OPHTHALMOLOGISTE  
Rue Okba Ibnou Nafii Berrechid  
Tél. 0522 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  
1 er étage - Berrechid  
Tél. : 05 22 32 48 47



**الدكتورة اشبيهي حسني سمية**

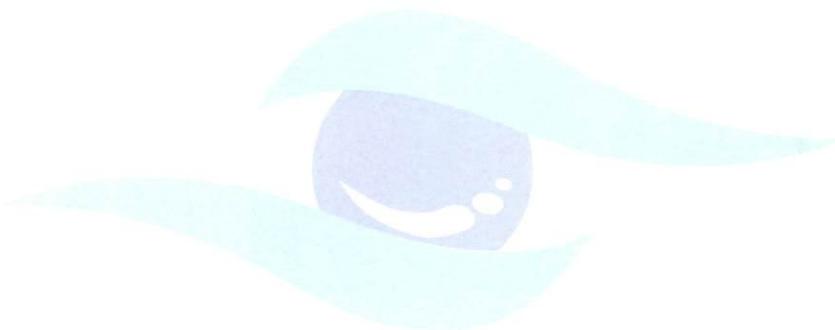
**إختصاصية في أمراض وجراحة العيون**

جراحة الساد (الجلالة)  
التخطيط الوعائي للشبكة - الليزر  
إقامة دحان - زنقة عقبة بن نافع  
الطريق الأول - برشيد  
الهاتف : 05 22 32 48 47

Berrechid, le .....  
**02/03/2021**

**Mme DAHAN Rkia**

**OCT cornée**



**Dr. Soumaya CHEBIHI HASSANI**  
**OPHTHALMOLOGISTE**  
Rue Okba ibnou Walfi Berrechid  
Tél. 05 22 32 48 47

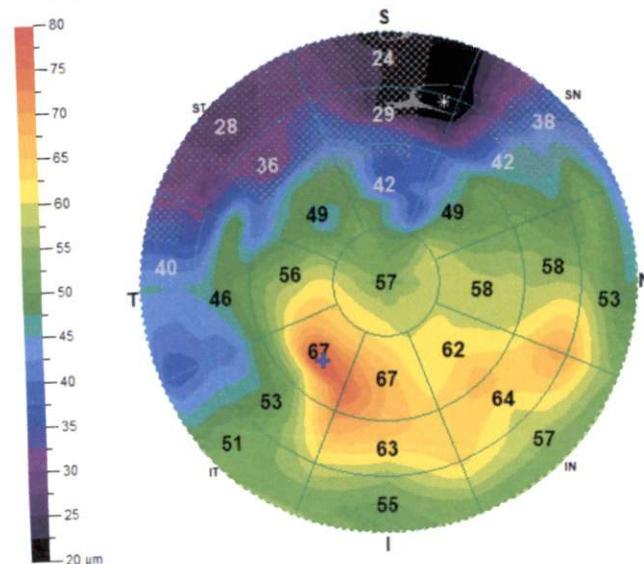
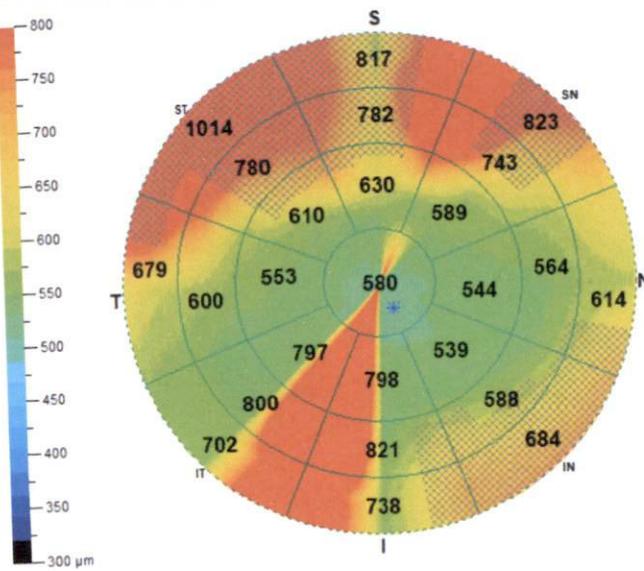
has, kia  
cian: dr chebihi hassani, soumaya  
ator:  
ase:

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

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 ] | [ -1998 ] |
| Min-Median:                  | [ -100 ] | [ -68 ] | Min-Max:    | [ -995 ] | [ -91 ]   |
| Min thickness indicated as * |          |         |             |          |           |

Min thickness indicated as \*

### Epithelium Map

#### Epithelium

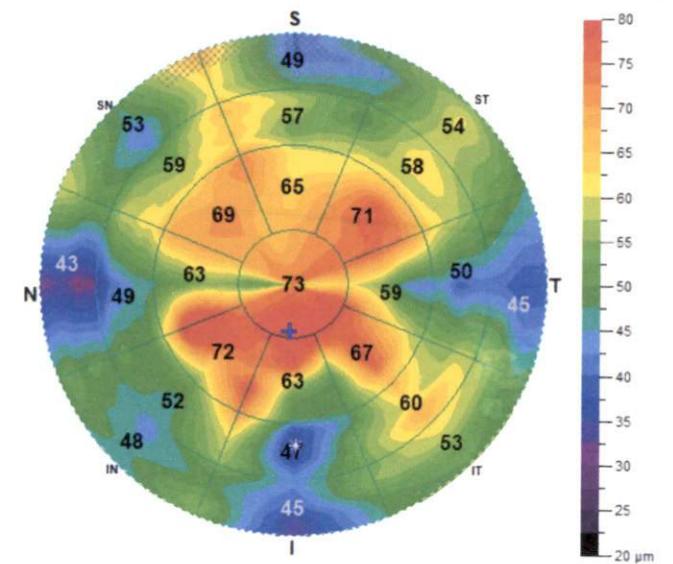
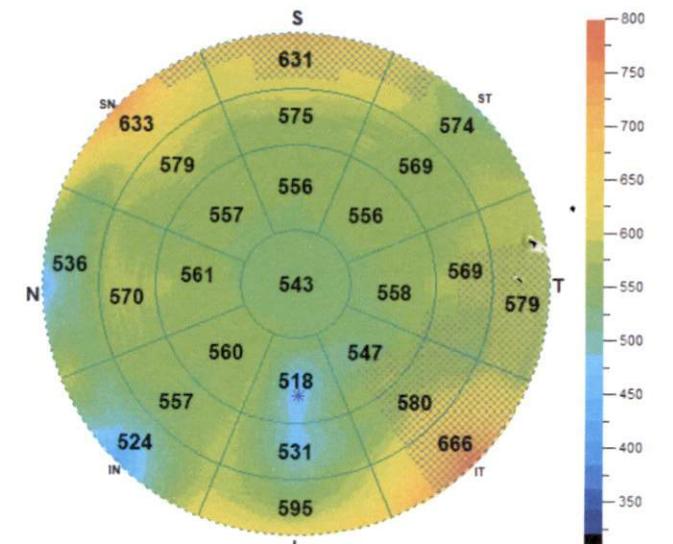
Epithelium statistics within central 7 mm

|                                    | 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 */+ |          |          |            |         |         |

Min/Max thickness indicated as \*/+

## Left / OS

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



Dr. Soumaya C.  
OPTOMETRISTE  
Rue Okba Ibnou Nafii - Dahan Berrechid  
Tél.: 0322 32 48 33

Pachymétrie OD: 543 μm  
hypertrophie épithéliale  
radiaire

OPTOVUE

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

Software Version: 2018,1,0,43

Comment:

- Pachymétrie OD: 580 μm
- Cicatrice de hémilobomie radiaire
- diminution épithélial superficiel hypertrophie épith. inf.

Defining the OCT Revolution

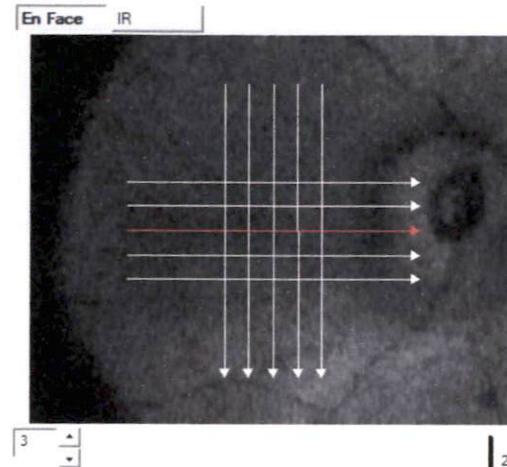
Patient: Dahan, rkia  
Physician: dr chebihi hassani, soumaya  
Operator:  
Disease:

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

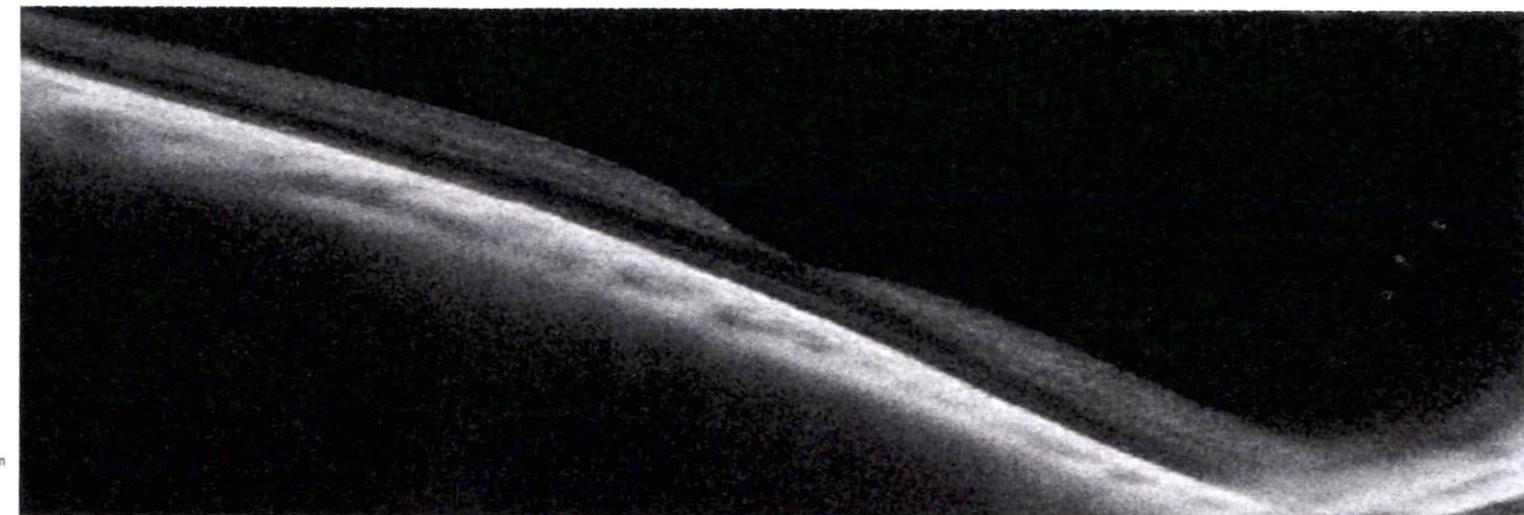


## Grid OU Report

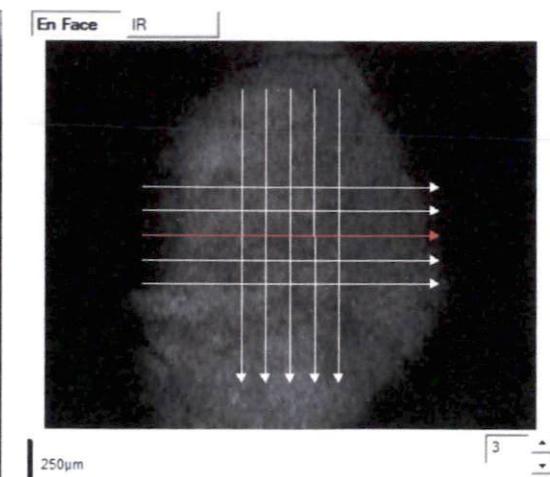
Signal Strength Index

38

6.00 x 2.00 Scan Size (mm)



Auto Zoom



Scan 04/03/2021 13:37:59

Left / OS

Signal Strength Index

36

6.00 x 2.00 Scan Size (mm)

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

Software Version: 2018,1,0,43

Dr. Soumaya CHEBIHI HASSANI  
OPHTHALMOLOGISTE  
5 Rue Okba Ibnou Nafii - Berrechid  
Tel: 0522 324847

Defining the OCT Revolution

OPTOVUE

Patient: dahan, rkia  
Physician: dr chebihi hassani, soumaya  
Operator:  
Disease:

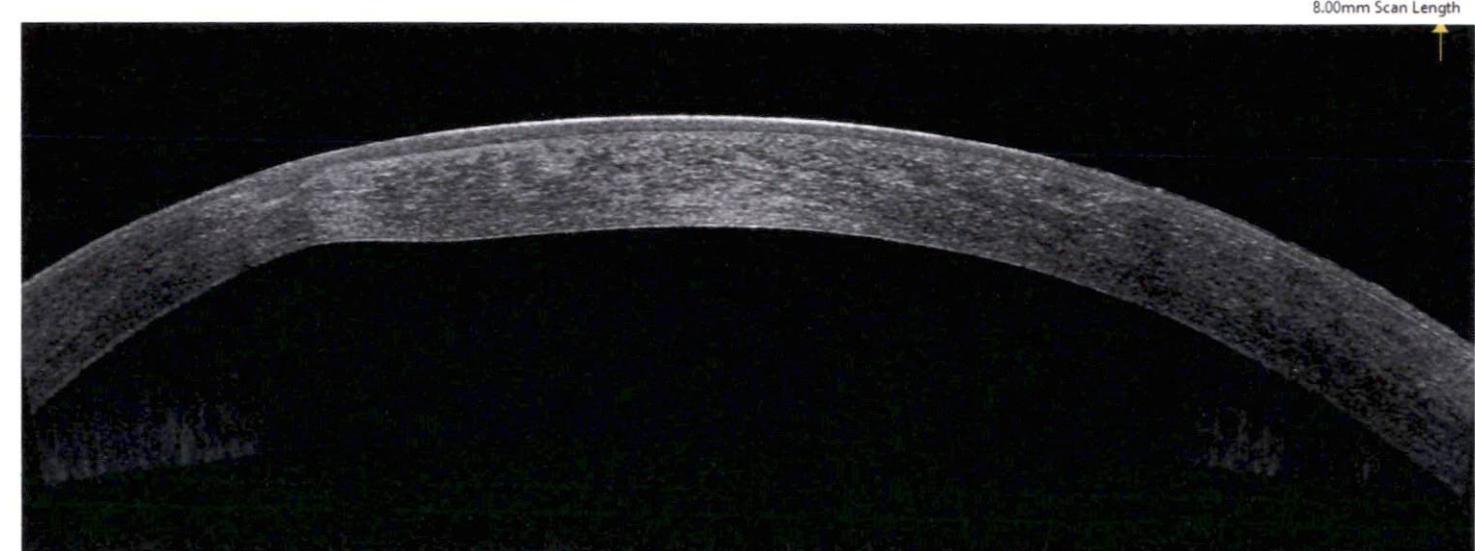
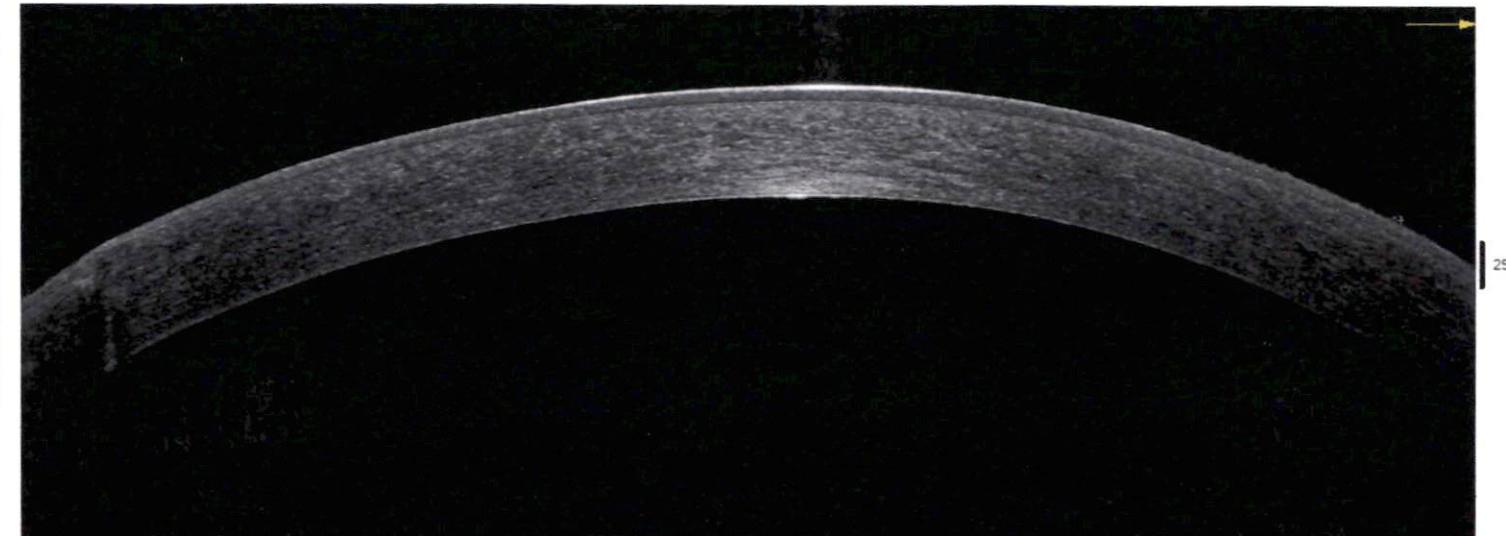
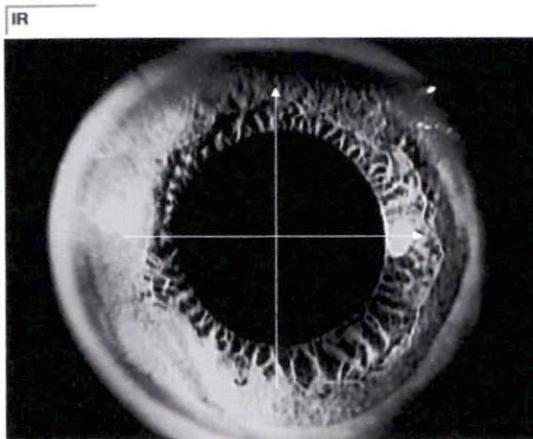
Cabinet Docteur CHEBIHI HASSANI SOUMAYA  
5 Rue Okba Ibnou Nafii, Residence Dahan Berrechid 0522324847  
Gender: Female  
ID:

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

## Cornea Cross Line

Signal Strength Index 36

Left / OS



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

Software Version: 2018,1,0,43

Comment:

Signature:

Defining the OCT Revolution

OPTOVUE