

## 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.

### 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.

### 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](mailto:contact@mupras.com)

Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)

Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W21-624249

82945

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1670 Société : retraite RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : Mes Hassan

Nom & Prénom : GHANNAM

Date de naissance : 25 MAI 1947

Adresse : 16, rue Constantine HASSAN RABAT

Tél. : 06630419000 Total des frais engagés : 1392,65 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/06/2021

Nom et prénom du malade : Ghannam Mohamed Hassan Age : 74 ans

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Edaracte

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-624249

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 : 1670

Nom de l'adhérent(e) : GHANNAM

Total des frais engagés : 1392,65

Date de dépôt :



RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Natures des Actes	Montant des Actes	Nombre et Coefficient	Montant des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le paiement des Actes
10/06/2011			300,00	
10/06/2011			300,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Montant de la Facture
Pharmacie Boumaat Hassan	1020704135,70
Pharmacie Boumaat Hassan	1020704136,95

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	11/06/2011	Bismarck	300
		ECHO	
		A	

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

**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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				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																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[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



مصحة العيون الرباط

Clinique de la Vision de Rabat



PT210610113140

10 juin 2021

Mr. GHANNAM MOHAMMED HASSAN

visite préanesthésique  
BIOMETRIE OCULAIRE

26, Avenue Ibn-Khaldoun, Agdal - Rabat  
Tél : 05 37 77 72 51 - Fax : 05 37 77 72 51  
Exploration 1  
Clinique de la Vision de Rabat  
مصحة العيون الرباط

Dr. Zuhair HAIEDI  
Chirurgien en Ophtalmologie  
N° 15 85982  
ADAMI 1 Apt 8  
09 37 86 46 86  
Tél : 05 37 77 72 51  
INPE : 10 15 85982  
Avenue Mohammed VI - Rabat  
Tél : 05 37 77 72 51

CLINIQUE DE LA VISION

RABAT

## Reçu de caisse

Número admission	Nom du patient	Date encaissement
21F101204	GHANNAM MOHAMMED HASSAN	10/06/2021

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Espèce		300,00
	Total payé	300,00

Reçu établi par : WISAL

24 Avenue Mohammed VI - Agdal - Rabat  
Tél : 05 37 77 64 66 - Fax : 05 37 77 72 51  
ACCUEIL 1  
Clinique de la Vision de Rabat  
عيادة العينين الرباط



*Cur*

صحة العيون الرباط

Clinique de la Vision de Rabat

٢٠٨٠٥٤٢ ٧٠٧٧١ ٠٥٣٤

Compte rendu de  
Consultation  
Pré-anesthésique



Date : 11/06/21

Nom et Prénom : Ghannam Mel Ham Age : ans

Diagnostic : DDR test Opérateur : Dr Hafi Di

Date de chirurgie : Côté à opérer : D Hospitalisation ambulatoire acceptée (X)

ANTCD

HTA : (X) Diabète : (X) Asthme : / Cardiopathie : / Hépatite : /

NYHA : I II III IV Gastrite : / Allergie : / Grossesse : /

ATCDchir : /

ATCD Méd : H+ lipémix

TRT en cours

Ex forge - statine - Humalog mix 25 x (20-20-20)

EXAMEN : TA : 130/70 Pouls : 66 SpO2 : 96 % Conj : ME

Ex. CVX : / Ex. PP : /

ODB : 3cm. DTM : 3cm. Nuque : / Ronflement : / Dentiers sup/inf : (X)

Dentition : / Dents qui bougent : /

BILAN

Hb : CB : Plq : Urée : Créat : Clairence :

Hb A1C : 8.80 Glycémie : 1.35 TP : TCA : INR :

ECG : RR, P, T

CONCLUSION :

A programmer : ou - AG AL

Reçu de caisse

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
21F110950	GHANNAM MOHAMMED HASSA	11/06/2021

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Espèce		300,00
	Total payé	300,00

Reçu établi par :RAJAA

صحة العين للباط  
Clinique de la Vision de Rabat  
A/CUEL 1  
75, Avenue Ibn Khaldoune, Agdal - Rabat  
Tél: 05 37 67 46 66 - Fax: 05 37 77 72 51

# CLINIQUE DE LA VISION

## F A C T U R E

Date : 11/06/2021  
Numéro : 10 766



100061548

Nom patient : GHANNAM MOHAMMED HASSAN

Médecin : DR. HAFIDI ZOUHEIR  
OPHTALMOLOGUE

21F111059

PAYANT

	Montant
ECHOGRAPHIE A	300,00

Total	300,00
Arrêtée la présente à la somme de : TROIS CENTS DIRHAMS	

*(Handwritten signature and blue circular stamp of the clinic)*

ID: BIUQ  
 Name: GHANNAM MOHAMMED HASSAN  
 Sex/DB: Male / 25/May/1947  
 Physician: A JMILI

Date: 11/Jun/2021 09:51:22  
 Surgeon: Common

R (OD)	No.1			
	Axial: 25.60mm SNR:4 SD:0.01 Range:0.03 ACD: 3.71mm SNR:1 WTW: mm Pupil: 2.35mm Lens: 3.74mm KI: 1.3375			
	Phakic Immersion			
Φ2.5mm	K1[D°]	K2[D°]	AvgK[D]	CYL[D°]
No.1	39.02@98	40.37@8	39.66	-1.35@98
Target Ref: 0.00 D				
SRK/T		SRK/T		
		ARTISAN		
		ARTISAN		
A-Const: 118.70		A-Const: 115.00		
IOL	REF(D)	IOL	REF(D)	
16.50	1.56	13.50	1.71	
17.00	1.21	14.00	1.31	
17.50	0.87	14.50	0.90	
18.00	0.51	15.00	0.49	
18.50	0.16	15.50	0.07	
19.00	-0.21	16.00	-0.35	
19.50	-0.57	16.50	-0.78	
20.00	-0.94	17.00	-1.21	
20.50	-1.32	17.50	-1.65	
Power	18.72	Power	15.59	
SRK/T		SRK/T		
		APPALENS		
		PMMA		
A-Const: 119.40		A-Const: 118.20		
IOL	REF(D)	IOL	REF(D)	
17.50	1.31	16.00	1.61	
18.00	0.97	16.50	1.26	
18.50	0.63	17.00	0.90	
19.00	0.29	17.50	0.54	
19.50	-0.06	18.00	0.18	
20.00	-0.41	18.50	-0.19	
20.50	-0.77	19.00	-0.57	
21.00	-1.13	19.50	-0.94	
21.50	-1.50	20.00	-1.33	
Power	19.41	Power	18.24	

L (OS)	No.1			
	Axial: 25.45mm SNR:116 SD:0.00 Range:0.01 ACD: 3.50mm SNR:1 WTW: mm Pupil: 2.52mm Lens: 4.02mm KI: 1.3375			
	Phakic Immersion			
Φ2.5mm	K1[D°]	K2[D°]	AvgK[D]	CYL[D°]
No.1	39.24@73	40.18@163	39.75	-0.94@73
Target Ref: 0.00 D				
SRK/T		SRK/T		
		ARTISAN		
		ARTISAN		
A-Const: 118.70		A-Const: 115.00		
IOL	REF(D)	IOL	REF(D)	
17.00	1.50	14.00	1.58	
17.50	1.15	14.50	1.17	
18.00	0.80	15.00	0.76	
18.50	0.45	15.50	0.35	
19.00	0.09	16.00	-0.07	
19.50	-0.27	16.50	-0.50	
20.00	-0.64	17.00	-0.93	
20.50	-1.01	17.50	-1.36	
21.00	-1.39	18.00	-1.80	
Power	19.12	Power	15.92	
SRK/T		SRK/T		
		APPALENS		
		PMMA		
A-Const: 119.40		A-Const: 118.20		
IOL	REF(D)	IOL	REF(D)	
18.00	1.26	16.50	1.54	
18.50	0.92	17.00	1.19	
19.00	0.58	17.50	0.83	
19.50	0.24	18.00	0.47	
20.00	-0.11	18.50	0.10	
20.50	-0.47	19.00	-0.27	
21.00	-0.83	19.50	-0.65	
21.50	-1.19	20.00	-1.03	
22.00	-1.56	20.50	-1.41	
Power	19.84	Power	18.63	

*[Handwritten signature and stamp]*