

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.

Prothèse :

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° W21-624249

82945

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e)		
Matricule : 1670	Société : <i>retraite RAM</i>	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : <i>GHTANNAI, Med HASSAN</i>		
Date de naissance : <i>25 MAI 1947</i>		
Adresse : <i>16, Rue Constantine HASSAN</i>		
Tél. : <i>06 63 04 19 00</i>	Total des frais engagés : <i>1392,65</i> DHS	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
Date de consultation : <i>10/06/2021</i>		
Nom et prénom du malade : <i>Shiannan Mohammed hassan</i>		
Lien de parenté : <i>Conjoint</i>		
Nature de la maladie : <i>cataracte</i>		
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <i>l: 05 37 67 85 90</i>		
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous un emblème 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 : <i>Rabat</i>		
Signature de l'adhérent(e) : <i>GT</i>		

VOLET ADHÉRENT	
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) : <i>GHTANNAI</i>	
Total des frais engagés : 1392,65	
Date de dépôt :	

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 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"/>									
	ODF PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE											
		<table border="0"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411 11433553</td> </tr> </table>			H	21433552	D	00000000	00000000		35533411 11433553		COEFFICIENT DES TRAVAUX
		H	21433552										
		D	00000000										
		00000000											
		35533411 11433553											
					<input type="text"/>								
					MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>							
					DATE DU DEVIS	<input type="text"/>							
					DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>							
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession													

Cur

مصحة العيون الرباط

Clinique de la Vision de Rabat

100° CMC 110° WHL 00° E



PT210610113140

10 juin 2021

Mr. GHANNAM MOHAMMED HASSAN

visite préanesthésique
BIOMETRIE OCULAIRE

مصحة العيون الرباط
Clinique de la Vision de Rabat
100° CMC 110° WHL 00° E
Exploration de la Vision
Avenue Ibn-Khalدون
Rabat
Maroc

Mr. Zouhri HAFIDI
Chirurgien-Dentiste
05 37 77 72 51
Avenue Ibn-Khalدون
Rabat
Maroc

CLINIQUE DE LA VISION

RABAT

Reçu de caisse

Numéro 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

A large, blue ink handwritten signature of 'Wisal' is written across the top of the page. Below the signature, there is a blue ink stamp. The stamp contains the text 'ACCUEIL 1' in a large, bold, sans-serif font. To the right of 'ACCUEIL 1', there is a smaller line of text: 'Vision du Robot' and 'Robotique'. To the left of 'ACCUEIL 1', there is a line of text: 'Centre de Recherche'. Below 'ACCUEIL 1', there is a line of text: 'Centre de Recherche'. At the bottom of the stamp, there is a line of text: 'Centre de Recherche'. The stamp is partially obscured by the handwritten signature.

Cor

مصحة العيون الرباط

Clinique de la Vision de Rabat
+08:00+ 09:00

Compte rendu de Consultation Pré-anesthésique



Date : 11/06/2016

Nom et Prénom : Ghannam Tel. Nam Age : ans

Diagnostic : DDR Opérateur : Dr. Hafidi

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

ANTCD

HTA : (O) Diabète : (O) (F) Asthme : (O) Cardiopathie : (O) Hépatite : (O)

NYHA : I II III IV Gastrice : (O) Allergie : (O) Grossesse : (O)

ATCDchir :

ATCD Méd. : H+ lipémie

TRT en cours

Exorge statine - thymérol mix 25 x (20-20-20)

EXAMEN: TA : 180/70 Pouls 66 SpO2 96 % Conj : NE

Ex. CVX : Ex. PP : /

ODB 3cm. DTM 3cm. Nuque Ronflement : Dentiers sup inf

Dentition: Dents qui bougent: /

BILAN

Hb : CB : Plq : Uréé : Créat : Clarence :

Hb A1C: 8,80 Glycémie: 135 TP : TCA : INR :

ECG : R1, T1, M1

CONCLUSION :

A programmer : /

on + AG PAC

CLINIQUE DE LA VISION**RABAT****Reçu de caisse**

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
21F110950	GHANNAM MOHAMMED HASA	11/06/2021
Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Espèce		300,00
	Total payé	300,00

Reçu établi par :RAJAA

Clinique de la Vision de Rabat
A.C.U.E.L.T
21 Avenue Ibn Khaldoune, Addal - Rabat
Tel: 05 37 77 72 51 - Fax: 05 37 77 72 51

CLINIQUE DE LA VISION

FACTURE

Date : 11/06/2021

Numéro : 10 766



100061548

Nom patient : GHANNAM MOHAMMED HASSAN

Médecin : DR. HAFIDI ZOUHEIR
OPHTALMOLOGUE

21F111059

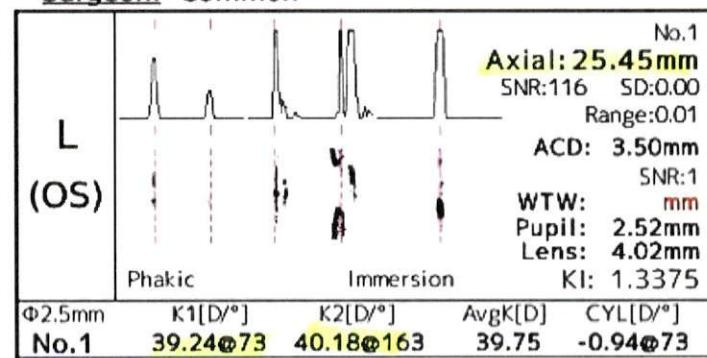
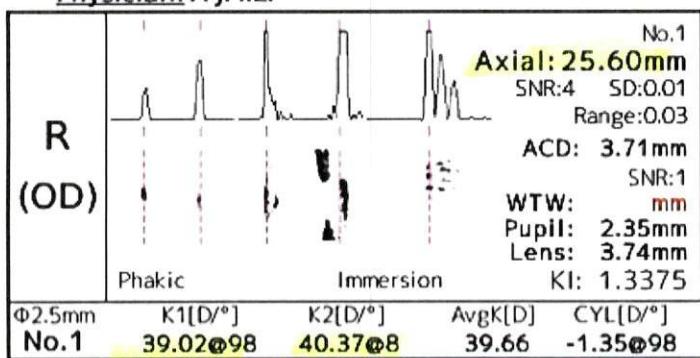
PAYANT

	Montant
ECHOGRAPHIE A	300,00

	Total	300,00
<i>Arrêtée la présente à la somme de :</i> TROIS CENTS DIRHAMS		

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

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



Target Ref: 0.00 D			
SRK/T	SRK/T	ARTISAN	ARTISAN
A-Const: 118.70	A-Const: 115.00		

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

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		

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

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