

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 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

- 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



Déclaration de Maladie

N° W21-694030

148622

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricole : 12808 Société : RAM			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : CHBOURK TAREK			
Date de naissance : 21-04-1984			
Adresse : Lot ALLAIMOUNE 2 RUE 36 N° 18 ET 20			
CASABLANCA			
Tél. : 06 61 23 84 75 Total des frais engagés : Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin	
	Cachet du médecin :	
Date de consultation : 18/11/2023		
Nom et prénom du malade : CHBOURK		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	Age :
Nature de la maladie :		
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.		

18/11/2023 MUPRAS CHBOURK 18/11/2023 08 FEV 2023 M R ACCUEIL KH. HMMI

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 : CASA
 Signature de l'adhérent(e) :
 Le : 07/02/2023

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
18.21 2023	C + 12 2. ND		350,00	INPE: 091033126 Dr. Sabah BERRADA Ophtalmologiste 27/04/2023 15:10:52 20671 Tél: 0522 20 81 51/0522 20 671

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

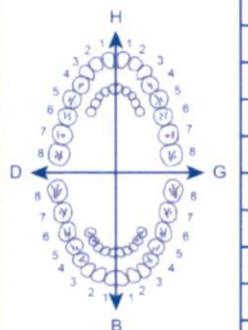
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

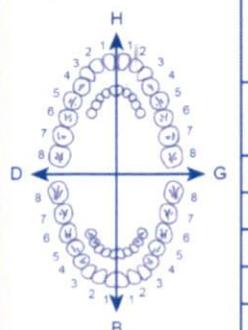
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Sabah Berrada Kabbaj

OPHTHALMOLOGISTE



Maladies et Chirurgie des yeux

Strabismes - Posturologie

Ancien médecin des Hôpitaux Universitaires

Diplômée de l'université de Toulouse et de Nantes

223, Bd. Abdelmoumen Résidence

Réda Abdelmoumen Angle Institut Pasteur

2 ème étage N° 9 - Casablanca

Tél.: 05 22 20 86 51/05 22 20 67 71

sabahberradaophtalmo@gmail.com

الدكتورة صباح برايدة كجاج

اختصاصية في امراض وجراحة العيون

علاج الحول - علم قوام الجسم

طبيبة سابقاً بالمستشفيات الجامعية

خريجة كلية الطب بتولوز و نانت

شارع عبد المؤمن إقامة

رضي عبد المؤمن زاوية معهد باستور

الطابق الثاني رقم 9 - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 20 67 71 / 05 22 20 86 51

Rendez vous sur le site : www.dababoc.com

Casablanca le 18/11/2023

Chbank blenje

Bilam

catthoplique

OD = + 0,75

OC = + 0,25

Dr. Sabah BERRADA KABBAG
Ophtalmologiste
223, Bd. Abdelmoumen - CASA
Tel: 0522 20 86 51 / 0522 20 67 71

Docteur Sabah Berrada Kabbaj

OPHTHALMOLOGISTE

Maladies et Chirurgie des yeux

Strabismes - Posturologie

Ancien médecin des Hôpitaux Universitaires

Diplômée de l'université de Toulouse et de Nantes

223, Bd. Abdelmoumen Résidence

Réda Abdelmoumen Angle Institut Pasteur

2 ème étage N° 9 - Casablanca

Tél.: 05 22 20 86 51/05 22 20 67 71

sabahberradaophtalmo@gmail.com



الدكتورة صباح برادة كجاج

اختصاصية في امراض وجراحة العيون

علاج الحول - علم قوام الجسم

طبيبة سابقاً بالمستشفيات الجامعية

خريجة كلية الطب بتولوز و نانت

223، شارع عبد المؤمن إقامة

رضي عبد المؤمن زاوية معهد باستور

الطابق الثاني رقم 9 - الدارالبيضاء

الهاتف : 05 22 20 67 71 / 05 22 20 86 51

Rendez vous sur le site : www.dababoc.com

Casablanca le 18/11/2023

Chbourk Idenza

Réfiro photo

Dr. Sabah BERRADA KABBAJ
Ophtalmologiste
223, Bd. Abdelmoumen - CASA
Tél: 0522 20 86 51/0522 20 67 71

Centre d'ophtalmologie
Nations Unies

10, place des Nations Unies
3^e étage

052223776

Dr Berrada Kabbaj Sabah
Ophtalmologue - Posturologue

QUESTIONNAIRE POUR ENFANTS

Nom et Prénom :

Age :

Date :

Selon la fréquence du trouble, cochez :

0 = jamais / 1 = rarement / 2 = parfois / 3 = souvent / ? = je ne sais pas

Troubles visuels :

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|--|
| 0 | 1 | 2 | 3 | ? | Vision double ou triple |
| 0 | 1 | 2 | 3 | ? | Vision trouble, déformée |
| 0 | 1 | 2 | 3 | ? | Difficulté à regarder de près |
| 0 | 1 | 2 | 3 | ? | Fatigue visuelle à la fixation prolongée |

Troubles de l'équilibre :

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|--|
| 0 | 1 | 2 | 3 | ? | Sensation vertigineuse, étourdissement |
| 0 | 1 | 2 | 3 | ? | Chutes inexplicables |
| 0 | 1 | 2 | 3 | ? | Marche déviée, instabilité |
| 0 | 1 | 2 | 3 | ? | Inconfort dans la foule |

Troubles cognitifs :

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | ? | Manque de concentration |
| 0 | 1 | 2 | 3 | ? | Difficulté à la lecture si oui, précisez |
| 0 | 1 | 2 | 3 | ? | Difficulté à l'écriture, si oui, précisez |
| 0 | 1 | 2 | 3 | ? | Défaut d'orientation |
| 0 | 1 | 2 | 3 | ? | Trouble de mémorisation |
| 0 | 1 | 2 | 3 | ? | Hyperactivité |

Troubles musculaires :

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|--|
| 0 | 1 | 2 | 3 | ? | Fatigue sans effort physique ou mental |
| 0 | 1 | 2 | 3 | ? | Imprécision de certains mouvements simples |
| 0 | 1 | 2 | 3 | ? | Enurésie (urine encore au lit la nuit) |
| 0 | 1 | 2 | 3 | ? | Fourmillements des mains ou des pieds |
| 0 | 1 | 2 | 3 | ? | Difficulté anormale à rester sans rien faire |

Signes douloureux :

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|--|
| 0 | 1 | 2 | 3 | ? | Maux de tête sans cause apparente |
| 0 | 1 | 2 | 3 | ? | Douleurs rétro-oculaires |
| 0 | 1 | 2 | 3 | ? | Douleurs abdominales inexplicquées |
| 0 | 1 | 2 | 3 | ? | Torticollis |
| 0 | 1 | 2 | 3 | ? | Douleurs dans le cou |
| 0 | 1 | 2 | 3 | ? | Douleurs dans le haut ou le bas du dos |

NAME

23_01_18 AM 03:18

(VD = 12.00)

$\langle R \rangle$	S	C	A
+	0.75		
+	0.75	-0.50	73
+	0.75	-0.25	68
*	+ 0.75	-0.25	73

$\langle L \rangle$	S	C	A
+	0.25		
+	0.25		
+	0.25		
*	+ 0.25		

PD = 47mm

TOPCON