

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

- Réclamation : 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

M22- 0029886

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10 0 8 0 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraité
 Nom & Prénom : SAFRI MOHAMMED
 Date de naissance : 197001
 Adresse : Lot Khadyja 141 Deroua Benichid
 Tél. : 0672976017 Total des frais engagés : + 750,00 + Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 DR NABIL CHETTOU
 OPHTALMOLOGISTE
 N3 élg 1, 22 Lot 141 (Al Makhrouj) Deroua
 Tél: 0522 08 74 03 - 0766 30 53 53
 INPE 061318911
 Date de consultation : 01/02/2024
 Nom et prénom du malade : HABIB SADIA Age: 60
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : AFFECTION OCULAIRE
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC
 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 : Deroua Le : 01/02/2024
 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
05/02/24	CSOPH		250.00	<div> <div>Dr NABIL CHETTOU</div> <div>OPHTHALMOLOGISTE</div> <div>N° 1, 22 Lot Naïf (N. Makhoul) Deroua</div> <div>Tel: 0522 03 74 03 - 0766 30 53 53</div> <div>INPE 061318911</div> </div>

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
<div> <div>Le Centre de Radiologie et d'Imagerie</div> <div>14 Avenue de la République - 05 22 21 13 22</div> <div>Tel: 05 22 21 52 21 - 05 22 21 13 22</div> <div>Email: clinique@radiologie.fr</div> </div>	05/02/24	ECHO A+B	100 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

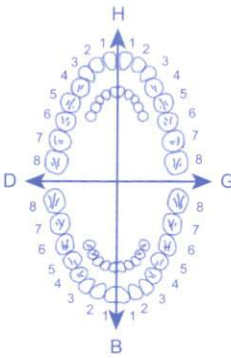
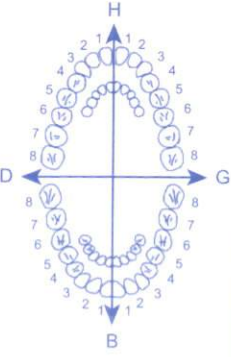
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																						
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																					
				MONTANT 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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																					
	<table> <tr> <td>H</td><td></td><td>H</td></tr> <tr> <td>25533412</td><td>21433552</td><td></td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>D</td><td></td><td>G</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td><td></td></tr> <tr> <td>B</td><td></td><td>B</td></tr> </table>			H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B		B	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B		B																						
	[Création, remont, adjonction]			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																					
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Nabil CHETTOU
Ophtalmologiste

Ancien Médecin à l'Hôpital 20 Aout, Casablanca

- Chirurgie de la Cataracte
- Diabète - HTA - Glaucome
- Voies Lacrymales
- Chirurgie Réfractive (Laser)
- Adaptation en Lentilles de Contact
- Ophtalmologie Pédiatrique
- Strabisme



الدكتور نبيل شطو

أخصائي طب وجراحة العيون

خبيب سابق بمستشفى 20 غشت بالدار البيضاء

- جراحة المياه البيضاء (الجلالة)
- أمراض الشبكية وداء الزرق
- مسالك الدموع
- تصحيح البصر بالليزر
- العدسات اللاصقة
- أمراض العيون عند الأطفال
- الحول

01 FEV. 2024

Deroua, le

Nom et prénom

HABIB SADIA

- ECHOGRAPHIE OCULAIRE A + B

Dr NABIL CHETTOU
OPHTALMOLOGISTE
N3 étg 1, 22 Lot Nait 2 (Al Makhlof) Deroua
Tél: 0522 03 74 03 - 0766 30 53 53
INPE - 061318911

٩ رقم 3 الطابق الأول, 22 تجزئة نايث 2 (المخلوف), الدروة

N°3, 1^{er} étage, 22 Lot Nait 2 (Al Makhlof), Deroua

٩ 05 22 03 74 03 / 07 66 30 53 53 ✉ Cabinet.chettou@gmail.com



061318911

CLINIQUE BISMILLAH



060065042

FACTURE N° 202400818

CASABLANCA Le : 05-02-2024

Identification

N° Dossier : 24B05120914

N°Identifiant : 012082/24

Nom & Prénom : Mme HABIB SADIA

C.I.N. : WA20951

Adresse : DR OLD YAHYA DEROUA BERRECHID

Organisme : PAYANT MUPRAS

Période d'hospitalisation

Date Entrée : 05-02-2024

Date Sortie :

Médecin traitant

DR. DR NABIL CHETTOU

Traitement

RADIO

Prestations

Observation

Qté

Prix U.

L.C.

Coef

Total

Forfait

ECHOGRAPHIE OCCULAIRE

1

500,00

500,00

Sous Total

500,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : **CINQ CENTS DIRHAMS**

TOTAL GENERAL

500,00

CLINIQUE BISMILLAH
Lotissement Hamza lot 21 boulevard
Mohamed VI Ain Chock Casablanca
Tel: 05 22 21 52 21 - 05 22 21 12 22
Email: Clinique.Bismillah@gmail.com

Tél. :

Fax :

E-mail :

N° d'Identification : ABS101120240205125332

Date de Naissance : 01/01/1964

Patient : HABIB Sadia

Sexe : Féminin

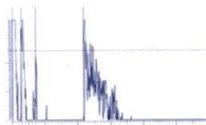
Adresse :

Tél. :

Mesure :	OD	Date Examen	5 Feb 24	Mesure :	OS	Date Examen	5 Feb 24
K1 : 47.60D	K (moy.) : 47.91D			K1 : 47.27D	K (moy.) : 47.41D		
K2 : 48.21D				K2 : 47.54D			
K1 : K2 :	K Moy. 0.00			K1 : K2 :	K Moy. 0.00		
Pré-Op: D	Post-Op: D			Pré-Op: D	Post-Op: D		
Aucun	Kcor = 47.91 D			Aucun	Kcor = 47.41 D		
Contact	Phaque	Vitré Naturel		Contact	Phaque	Vitré Naturel	
A.C.: 1532 m/s	L: 1641 m/s	V.: 1532 m/s		A.C.: 1532 m/s	L: 1641 m/s	V.: 1532 m/s	
C.+A.C.: 2.64 mm	L: 4.72 mm	T.L.: 21.60 mm		C.+A.C.: 2.44 mm	L: 5.25 mm	T.L.: 21.65 mm	

IOL 118.00 P		IOL 118.40 P	
SRK-T		SRK-T	
A= 118,000		A= 118,400	
21.79 D		22.36 D	
0.00 D		0.00 D	
21.79 D		22.36 D	
IOL (D)	Réfract. (D)	IOL (D)	Réfract. (D)
20.00	1.20	20.50	1.22
20.50	0.87	21.00	0.90
21.00	0.54	21.50	0.57
21.50	0.20	22.00	0.24
22.00	-0.14	22.50	-0.09
22.50	-0.49	23.00	-0.43
23.00	-0.83	23.50	-0.77
23.50	-1.19	24.00	-1.12
24.00	-1.55	24.50	-1.47
IOL 118.90 P		IOL 119.30	
SRK-T		SRK-T	
A= 118,900		A= 119,300	
23.10 D		23.72 D	
0.00 D		0.00 D	
23.10 D		23.72 D	
IOL (D)	Réfract. (D)	IOL (D)	Réfract. (D)
21.00	1.34	21.50	1.38
21.50	1.02	22.00	1.07
22.00	0.71	22.50	0.76
22.50	0.39	23.00	0.45
23.00	0.06	23.50	0.14
23.50	-0.26	24.00	-0.18
24.00	-0.59	24.50	-0.50
24.50	-0.93	25.00	-0.83
25.00	-1.26	25.50	-1.16

OD IOL ABS101120240205125332
HABIB Sadia



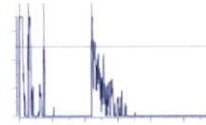
CA=1532mm L=1641mm V=1532mm
Set at CA=235mm L=472mm V=1428mm LT=21.57mm
Wp CA=235mm L=472mm V=1428mm LT=21.57mm
LT Type CA=235 L=472 V=1428 LT=21.57

05/02/2024 12:55

HABIB Sadia

IOL 118.00 P		IOL 118.40 P	
SRK-T		SRK-T	
A= 118,000		A= 118,400	
22.12 D		22.68 D	
0.00 D		0.00 D	
22.12 D		22.68 D	
IOL (D)	Réfract. (D)	IOL (D)	Réfract. (D)
20.00	1.43	20.50	1.44
20.50	1.10	21.00	1.12
21.00	0.76	21.50	0.79
21.50	0.42	22.00	0.46
22.00	0.08	22.50	0.12
22.50	-0.27	23.00	-0.21
23.00	-0.62	23.50	-0.56
23.50	-0.97	24.00	-0.90
24.00	-1.33	24.50	-1.25
IOL 118.90 P		IOL 119.30	
SRK-T		SRK-T	
A= 118,900		A= 119,300	
23.43 D		24.05 D	
0.00 D		0.00 D	
23.43 D		24.05 D	
IOL (D)	Réfract. (D)	IOL (D)	Réfract. (D)
21.50	1.24	22.00	1.29
22.00	0.92	22.50	0.98
22.50	0.60	23.00	0.67
23.00	0.28	23.50	0.35
23.50	-0.05	24.00	0.03
24.00	-0.38	24.50	-0.29
24.50	-0.72	25.00	-0.62
25.00	-1.05	25.50	-0.95
25.50	-1.40	26.00	-1.29

OS IOL ABS101120240205125332
HABIB Sadia



CA=1532mm L=1641mm V=1532mm
Set at CA=235mm L=472mm V=1428mm LT=21.57mm
Wp CA=235mm L=472mm V=1428mm LT=21.57mm
LT Type CA=235 L=472 V=1428 LT=21.57

05/02/2024 12:55

HABIB Sadia

Commentaires

RV: 1.1.2 1.1.2 1.1.2

Tél. :

Fax :

E-mail :

N° d'Identification : ABS101120240205125332

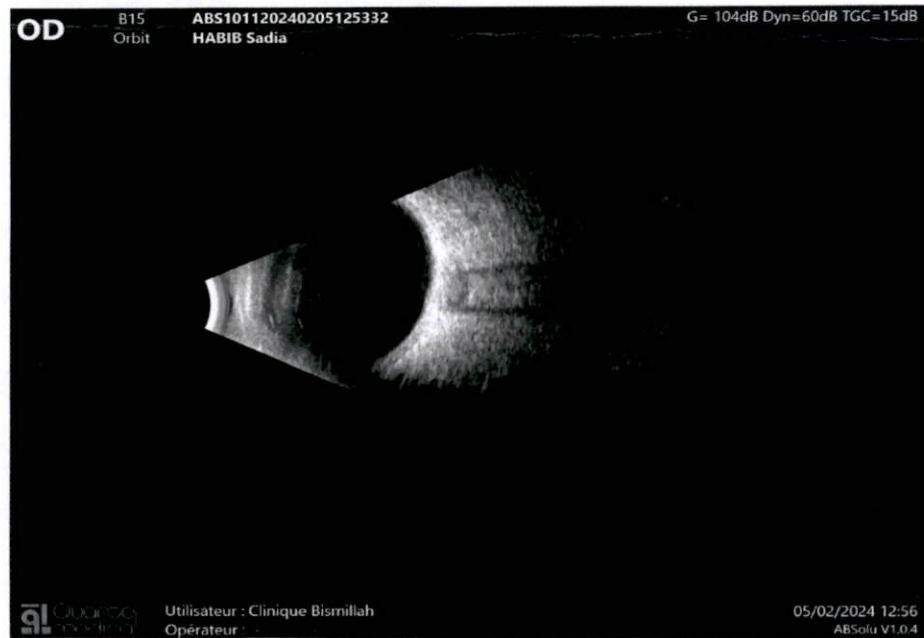
Date de Naissance : 01/01/1964

Patient : HABIB Sadia

Sexe : Féminin

Adresse :

Tél. :



RV: 1.1.2_1.1.2_1.1.2

Tél. :

Fax :

E-mail :

N° d'identification : ABS101120240205125332

Date de Naissance : 01/01/1964

Patient : **HABIB Sadia**

Sexe : Féminin

Adresse :

Tél. :



RV: 1.1.2_1.1.2_1.1.2