

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.

Biologie 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.

Maladie chronique :

En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

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° P19- 0037451

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0502 Société : ROYAL AIR MAROC

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHOUÛBAN AHMED

Date de naissance : 01-01-1948

Adresse : ATTADAMOUNE RUE N°8 MAISON N°48 EL OULFA

Tél. : 664-60 30 06 Total des frais engagés : 800,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr BADAOU Abdellatif
OPHTALMOLOGUE
27, Rue Farhat Hachad - Casablanca
Tél : 0522 20 51 58 / 0522 43 80 79
ophthalbadaou.abdellatif@gmail.com

Date de consultation : 11/12/2019

Nom et prénom du malade : CHOUÛBAN AHMED Age :

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

Nature de la maladie : CASABLANCA

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 11-12 | 2. | | 300,00 | |
| 13 | | | | |
| | | | | |

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 |
|---|-------|------------------------------|------------------------|
| | 18-12 | 420 | 500,00 |
| | 19 | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------|--|------------------|--|--|--|----------|----------|--|----------|----------|--|---|--|---|----------|----------|--|----------|----------|--|---|--|--|--|--|
| | | | | 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>H</td> <td></td> <td></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></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

DR BADAOUI ABDELLATIF

Ophtalmologiste spécialiste de la chirurgie de la cataracte et de la correction visuelle au laser des myopies, astigmatismes, hypermétropies et presbytie

Diplômé de la faculté de médecine de Montpellier
Ex-attaché de l'hôpital des quinze-vingt à Paris

الدكتور بدوي عبد اللطيف

اختصاصي في جراحة العيون المياه البيضاء
و تصحيح البصر بالليزر عن بعد أو عن قرب

خريج كلية مونبولي بفرنسا
ملحق سابق بمستشفى فان - كانز بباريس

Casablanca, le في البيضاء

18/12/2019

Monsieur CHOUOBAN Ahmed

NOTE D'HONORAIRES PAYEE AU MEDECIN **500 DH**

(CINQ CENTS DIRHAMS) POUR UNE ECHOGRAPHIE

OCULAIRE K30.

Dr. BADAOUI Abdellatif
OPHTALMOLOGISTE
27, Rue Farhat Hachad
Tél. 05 22 26 61 68 - Casa



Consultations : Tél.: 0522 26 61 68 / 0522 43 02 71 - N° 27 rue Farhat Hachad (perpendiculaire Bd. du 11 janvier), Casablanca.

Urgences : Tél.: 0522 20 92 43 / 0522 22 12 96 - Clinique Rachidi, 43 Bd. Rachidi, Casablanca.

www.drbadaouiabdellatif.com - www.casablancalaserservice.com

Nom : **CHOUOBAN, AHMED**
 ID :
 Date de naissance : 01/01/1942
 Date de mesure : 18/12/2019
 Opérateur : **dr badaoui**

Formule : Haigis
 Réfraction cible : 0 D
 n : 1.3375

ZEISS

Vérifier la plausibilité des valeurs de mesure AL, car des modifications pathologiques sont possibles !

| OD droite | | AL : 23.74 mm (SNR = 157.5) K1 : 44.12 D / 7.65 mm x 123° K2 : 44.64 D / 7.56 mm x 33° R / ES : 7.61 mm / 44.38 D Cyl. : -0.52 D x 123° ACD : 2.90 mm | | OS gauche | |
|---------------------|---------|--|---------|---------------------|---------|
| État : Phaque | | État : Phaque | | | |
| Alcon SA60AT | | Alcon SA60AT | | Alcon SA60AT | |
| Const. A0 : -0.148 | | Const. A0 : -0.148 | | Const. A0 : -0.148 | |
| Const. A1 : 0.227 | | Const. A1 : 0.227 | | Const. A1 : 0.227 | |
| Const. A2 : 0.182 | | Const. A2 : 0.182 | | Const. A2 : 0.182 | |
| IOL (D) | REF (D) | IOL (D) | REF (D) | IOL (D) | REF (D) |
| | | 20.5 | -1.15 | 20.5 | -1.15 |
| | | 20.0 | -0.78 | 20.0 | -0.78 |
| | | 19.5 | -0.42 | 19.5 | -0.42 |
| | | 19.0 | -0.07 | 19.0 | -0.07 |
| | | 18.5 | 0.29 | 18.5 | 0.29 |
| | | 18.0 | 0.64 | 18.0 | 0.64 |
| | | 17.5 | 0.98 | 17.5 | 0.98 |
| | | IOL emmé. : 18.91 | | IOL emmé. : 18.91 | |
| Alcon SN60WF | | Alcon SA60AT | | Alcon SN60WF | |
| Const. A0 : -0.783 | | Const. A0 : -0.148 | | Const. A0 : -0.148 | |
| Const. A1 : 0.185 | | Const. A1 : 0.227 | | Const. A1 : 0.227 | |
| Const. A2 : 0.224 | | Const. A2 : 0.182 | | Const. A2 : 0.182 | |
| IOL (D) | REF (D) | IOL (D) | REF (D) | IOL (D) | REF (D) |
| | | 21.0 | -1.18 | 20.5 | -1.15 |
| | | 20.5 | -0.82 | 20.0 | -0.78 |
| | | 20.0 | -0.47 | 19.5 | -0.42 |
| | | 19.5 | -0.12 | 19.0 | -0.07 |
| | | 19.0 | 0.23 | 18.5 | 0.29 |
| | | 18.5 | 0.57 | 18.0 | 0.64 |
| | | 18.0 | 0.91 | 17.5 | 0.98 |
| | | IOL emmé. : 19.33 | | IOL emmé. : 18.91 | |

(* = modification manuelle, ! = Valeur incertaine !)

Dr. BADAOUI Abdelatif
 OPHTALMOLOGISTE
 27, Rue Farhat Hachad
 Tél.: 05 22 26 61 68 - Casa