

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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.

Maladie

Dentaire *MUPRAS RECEPTION*

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2400 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : JELLOUL Ahmed

Date de naissance : 01/01/1942

Adresse : Rue 11 N° 14 lotissement El Molida

Demoua

Tél. : 0658621727 Total des frais engagés : 535,7 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 04/08

Nom et prénom du malade : JELLOUL Ahmed Age :

Lien de parenté : Conjoint Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Affection oculaire

En cas d'accident précise 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 : 06/08/09 Le : 13/09/09

Signature de l'adhérent(e) : WAT

## 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
04/10/2023	CS	17	500,102,04	INPE: 091118349 ABDERAHMANE BEROUAH Optométriste Ophtalmologue
05/10/2023	TF	10		
	ct			

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Principale BEROUAH Bld Té: 05 22 53 00 00	09/10/2023	3520

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## 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	Cœfficient	
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

**O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE**

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

**[Création, remont, adjonction]**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



CASABLANCA EYE CENTER

10/04/2018

ZELOUL Ahmed.

Mr. Zeloul Ahmed

Frulan

2

52 , Rue Ifrane, Hay Salam. CIL-Casablanca-Maroc.  
I.F N° : 35541579 - Taxe Professionnelle N° : 355780687  
CNSS N°: 1703858 - ICE : 00227345000002

+212 (0)6 22 94 12 12 / +212 (0)5 22 99 33 77  
Contact@casablancaeyecenter.com  
www.casablancaeyecenter.com



# Reçu de caisse N° : 281474976750653

sahib

Identifiant patient	Nom du patient	Date encaissement
PT23080411252 7	JELLOUL Ahmed	04/08/2023

Mode Règlement	Motif / Référence de paiement	Montant Dhs
Espèce	CS+RETNO+ALADDIN FAR	500,00

Reçu établi par :

Total payé



500,00



05 août 2023

Mr JELLOUL Ahmed

3523  
TOBRADEX collyre

1 goutte x5 j aux 2 yeux p 10 j, dans les deux yeux



062049176  
INPE

Pharmacie PRINCIPALE DEROUA  
Bloc U N° 1 Daroua  
Tél : 05 22 53 20 83





Casablanca, le 04/08/2023

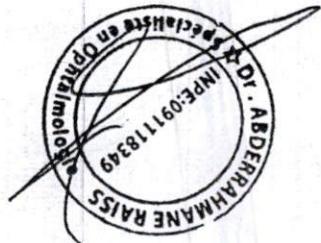
PT230804112527

Cher Ami,

Voudriez-vous réaliser chez Mr JELLOUL Ahmed un champ visuel automatisé Humphrey (24/2) pour un glaucome.

Avec mes sincères remerciements.

Dr Abderrahmane Raiss



52 , Rue Ifrane, Hay Salam. CIL-Casablanca-Maroc.  
I.F N° : 35541579 - Taxe Professionnelle N° : 355780687  
CNSS N°: 1703858 - ICE : 00227345000002

+212 (0)5 22 94 12 12 / +212 (0)5 22 99 33 77  
Contact@casablancaeyecenter.com  
www.casablancaeyecenter.com

Casablanca, le 04/08/2023

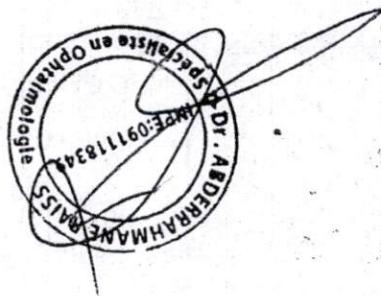
PT230804112527

Cher ami(e),

Voudriez-vous réaliser chez Mr JELLOUL Ahmed un OCT glaucome.

Avec mes remerciements confraternels.

Dr. Abderrahmane Raiss



52, Rue Ifrane, Hay Salam. CIL-Casablanca-Maroc.  
I.F N° : 35541579 - Taxe Professionnelle N° : 355780687  
CNSS N°: 1703858 - ICE : 00227345000002

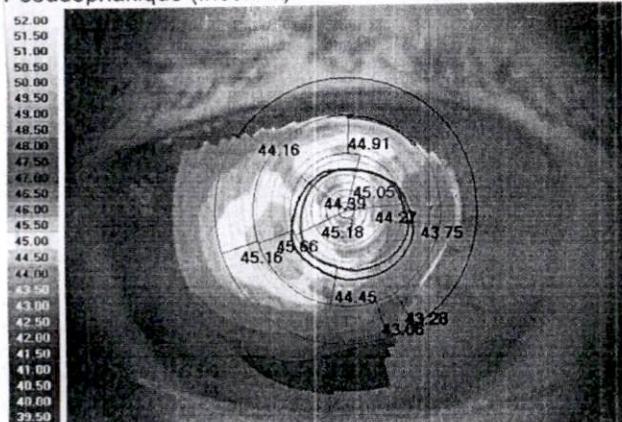
+212 (0)5 22 94 12 12 / +212 (0)5 22 99 33 77  
Contact@casablancaeyecenter.com  
www.casablancaeyecenter.com



Patient : JELLOUL AHMED  
Patient ID : JA  
Date de Naissance: 01/01/1942

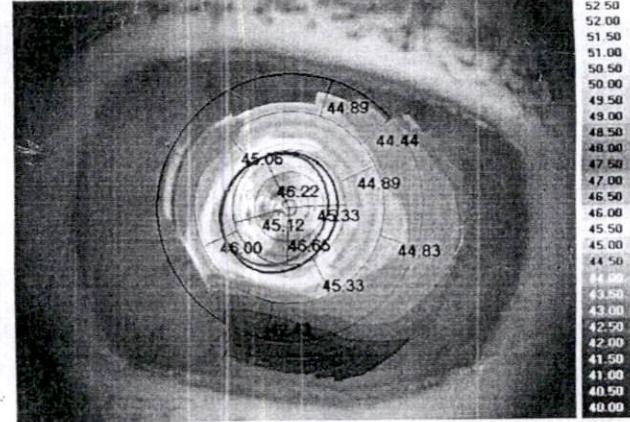
Date de Naissance: 01/01/1942  
(jj/mm/aaaa)

OD  
Pseudophakique (Inconnu)



10

### Carte Normalisée



D

## Synthèse des mesures

AL	23.91mm	K1	44.38D	164°		AL	23.95mm	K1	45.39D	7°
ACD	---mm	K2	44.90D	74°		ACD	4.76mm	K2	46.39D	97°
LT	0.69mm	CCT	0.509mm			LT	0.91mm	CCT	0.527mm	
WTW	11.84mm	Dec	(-0.15, -0.53)			WTW	12.08mm	Dec	(0.25, -0.37)	

## Index Kérato-réfractifs

CYL 3 mm	0.34 D	Ax: 55°	CYL 3 mm	1.14 D	Ax: 103°		
CYL 5 mm	0.69 D	Ax: 48°	CYL 5 mm	0.00 D	Ax: 90°		
SD	SAI	e	Kc	SD	SAI		
0.69 D	0.56 D	0.55	44.72	0.96 D	0.29 D	0.90	45.87

## Criblage du kératocône

Génération de keratose				Génération de keratose			
AK	AGC	SI	p	AK	AGC	SI	p
47.05 D	1.77 D/mm	-0.80 D	0%	48.66 D	2.27 D/mm	-0.38 D	23%

## Pupille

Photo: Diamètre 2.76 mm Dec (0.19, -0.24)mm  
 Meso: Diamètre 3.05 mm Dec (0.14, -0.36)mm

Zernike Analysis 5 mm

Sommaire Aladdin (V. 1.9.0) SN: 92221235 2023/08/04 11:45:36

ALADDIN