

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° M20- 0003236

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1400 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : JELLOUL Ahmed
 Date de naissance : 01/01/1942
 Adresse : Rue 11 N° 14 lotissement ELMOULOUD
 Tél. : 0658521727 Total des frais engagés : 535,7 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 04/08/2018
 Nom et prénom du malade : JELLOUL Ahmed Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection oculaire
 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 : Casablanca Le : 13/08/2018
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
04/08/23	CS		500,000	
05/08/23	CT			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	05/08/23	3570

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/> 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



CASABLANCA EYE CENTER

2004/08/23

SELOUL Ahmed.

W) Kichayou
poulain



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

@casablancaeyecenter



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





CASABLANCA EYE CENTER

05 août 2023

Mr JELLOUL Ahmed

3570
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



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

@casablancaeyecenter



CASABLANCA EYE CENTER

Casablanca, le 04/08/2023

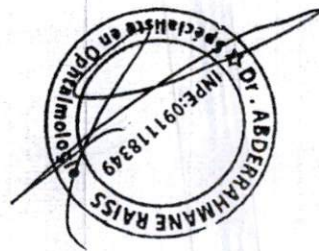
PT230804112527

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

@casablancaeyecenter

Casablanca, le 04/08/2023

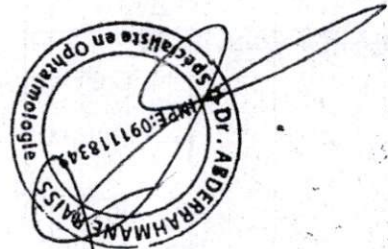
PT230804112527

Cher ami(e),

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

Avec mes remerciements confraternels.

Dr. Abderrahmane Raiss





Topcon Europe Medical bv

Patient : JELLOUL AHMED

Chirurgien : RAISS ABDERRAHMANE

Patient ID : JA

Date Examen : 04/08/2023 - 11:43

Date de Naissance: 01/01/1942

(jj/mm/aaaa)

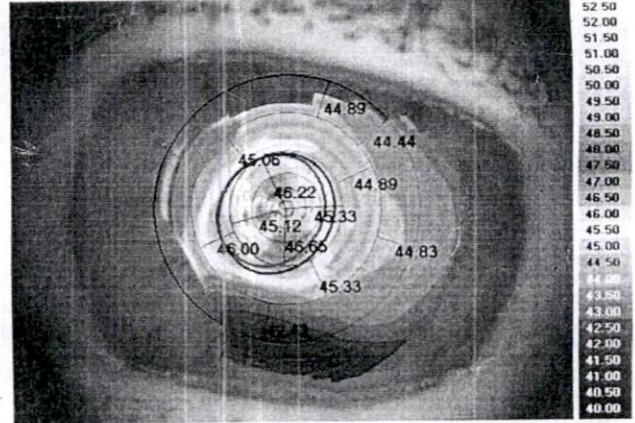
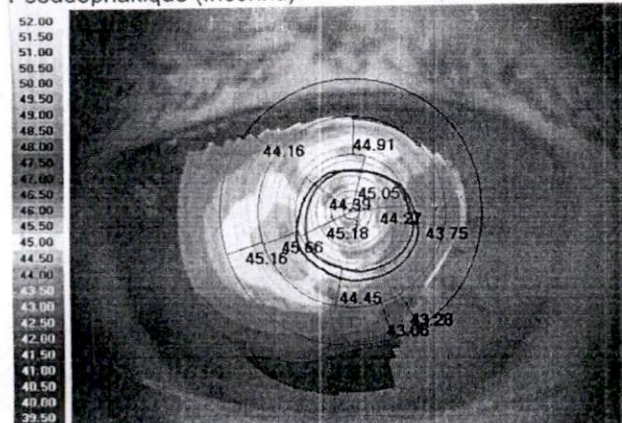
(jj/mm/aaaa)

OD







OS

Pseudophakique (Inconnu)

Pseudophakique (Inconnu)



Carte Normalisée Carte Normalisée

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	e	Kc	
0.69 D	0.56 D	0.55	44.72		0.96 D	0.29 D	0.90	45.87	
Criblage du kératocône									
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		Photo: Diamètre	2.87 mm	Dec	(-0.40, -0.06)mm	
Meso: Diamètre	3.05 mm	Dec	(0.14, -0.36)mm		Meso: Diamètre	3.09 mm	Dec	(-0.26, -0.13)mm	
Zernike Analysis 5 mm									
Mappe d'Aberrations			Coma		Ab. Sphér.				
									
rms 0.53 µm			rms 0.24 µm		rms 0.12 µm				
Mappe d'Aberrations			Coma		Ab. Sphér.				
									
rms 0.58 µm			rms 0.13 µm		rms 0.06 µm				