

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

N° W21-804649

176724

☒ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03668 Société : RAT

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : BELKASI

Nom & Prénom : MOHAMED

Date de naissance : 04/08/1960

Adresse : Lot. NAOURASS N°377 DARBOVA22A CASABLANCA

Tél. : 0661511492 0665039755 Total des frais engagés : 1400,-00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 23/09/2023

Nom et prénom du malade : HAZIM AYRIAN

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection longue durée

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

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
11.08.73	V30 PUTACm		1000	
11.8.73	V30 PUTACm		400	

[illegible]

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

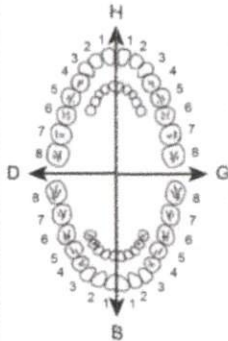
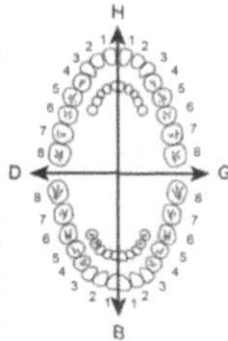
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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	INP : <input type="text"/>														
				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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </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"/>															

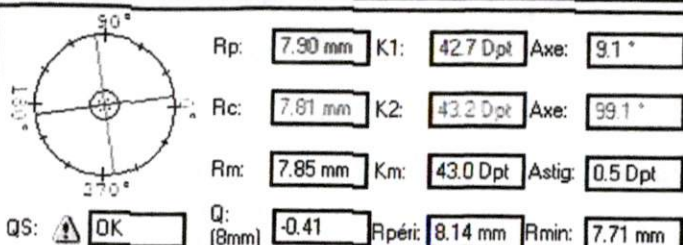
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

OCULUS - PENTACAM Réfractive

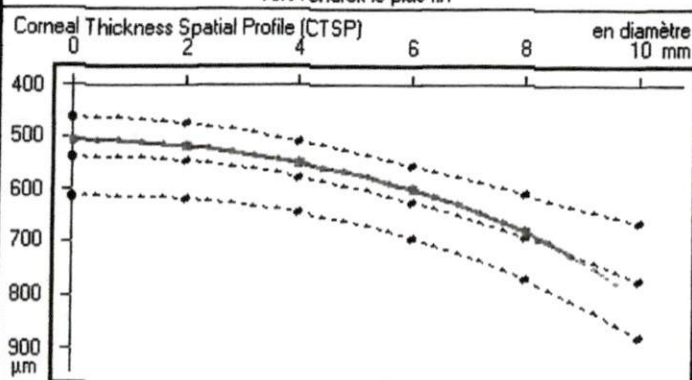
1.25r15

Nom: Haidi
 Prénom: Myriam
 N° ID:
 Né(e) le: 10/06/1966 Oeil: gauche
 Examen du: 11/08/2023 Heure: 12:32:13



Pachy: x[mm] y[mm]
 Centre pup. + 509 µm +0.40 -0.08
 Pachy. min. O 506 µm +0.80 -0.53
 Prof. C.A. (Endo.) 2.54 mm Dia. pup.: 2.80 mm
 Angle I.C. 38.0° Ep. cristal

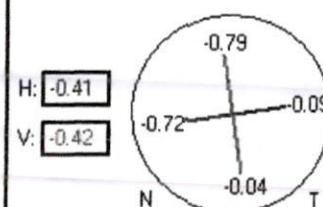
Valeurs d'épaisseur cornéenne moyenne sur des anneaux concentriques vers l'endroit le plus fin



Indices

ISV: 19 IHA: 1.5
 IVA: 0.16 IHD: 0.013
 KI: 1.04 Rmin: 7.71
 CKI: 1.00 TKC: -
 KISA: 7.700 IS: 0.73

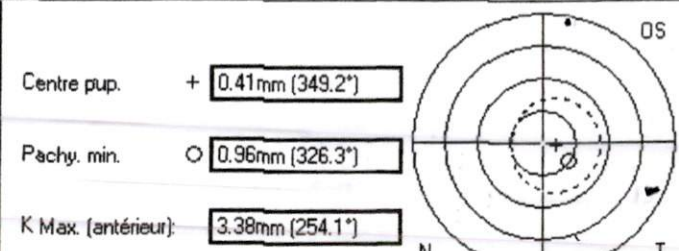
Exc. (Q) (Ant.) à 8mm



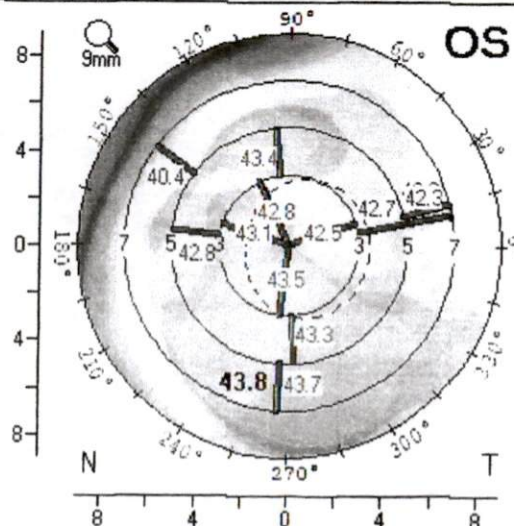
Asphéricité (ant.) des méridiens majeurs

	Anneaux mm périphériques (Dia)				
(Q)	6mm	7mm	8mm	9mm	10mm
Nas	-0.31	-0.49	-0.72	-0.90	-0.96
Temp	-0.00	-0.04	-0.09	-0.14	-0.19
Inf	0.03	0.02	-0.04	-0.15	-0.30
Sup	-0.37	-0.62	-0.79	-0.86	-0.79
Moyen	-0.17	-0.29	-0.41	-0.51	-0.56

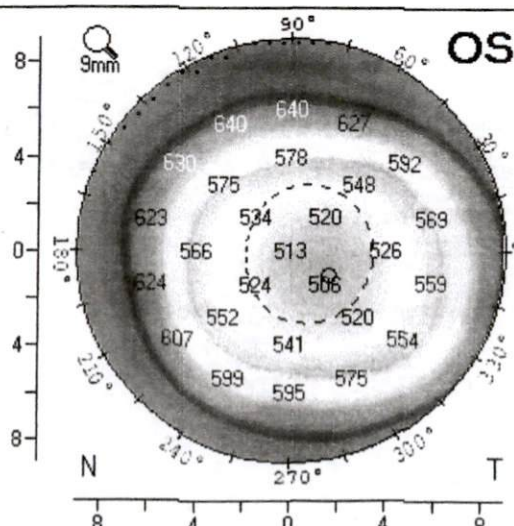
Emplacements de point dans la zone de 8 mm (coordonnées polaires)



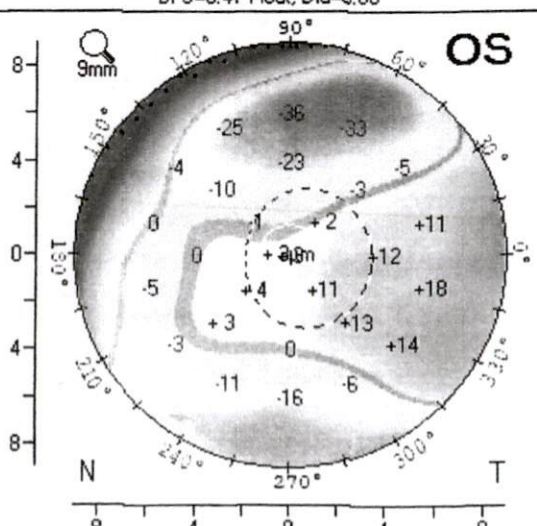
Carte Axiale/Sagitt. (Face ant.)



Pachymétrie



Élévation (Face postérieure)
 BFS=6.47 Float, Dia=8.00



OCULUS - PENTACAM Réfractive

1.25/15

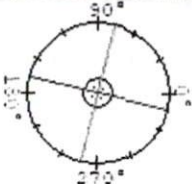
Nom:

Prénom:

N° ID:

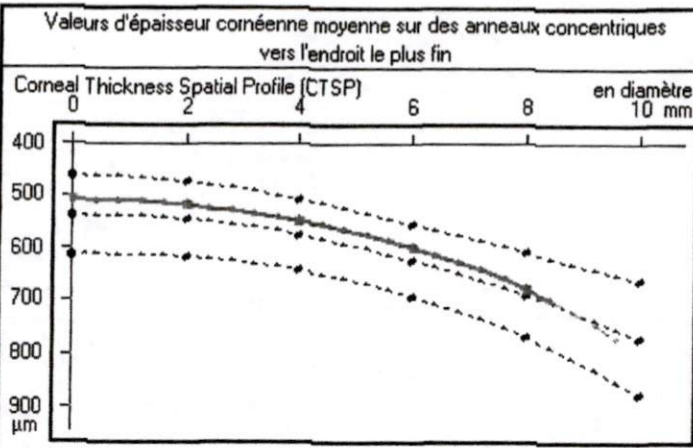
Né(e) le: Oeil:

Examen du: Heure:


 Rp: K1: Axe:
 Rc: K2: Axe:
 Rm: Km: Astig:
 QS: ☒ OK ☐ Q: (8mm) Rpéri: Rmin:

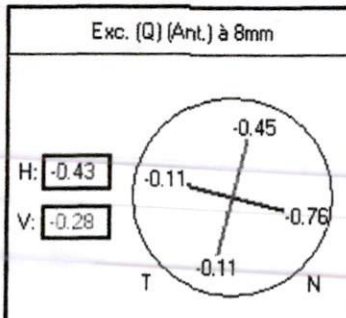
Centre pup. + x(mm) y(mm)
 Pachy. min. ○ x(mm) y(mm)

Prof. C.A. (Endo.) Dia. pup.:
 Angle I.C. Ep. cristal.



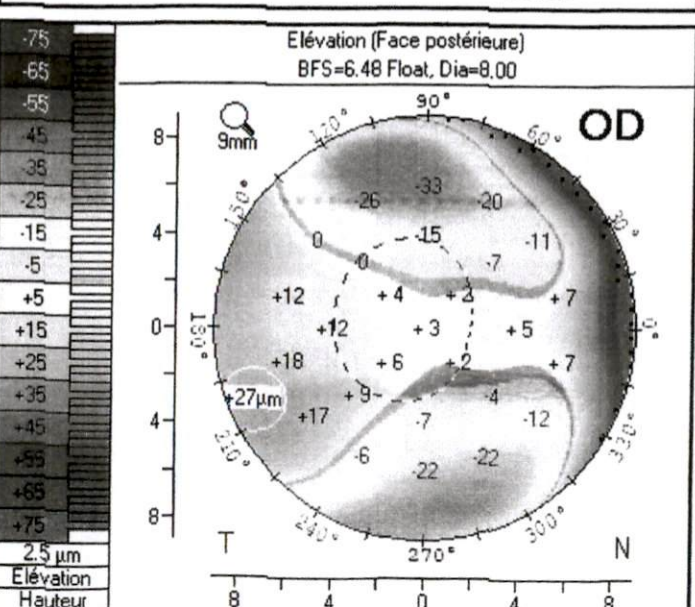
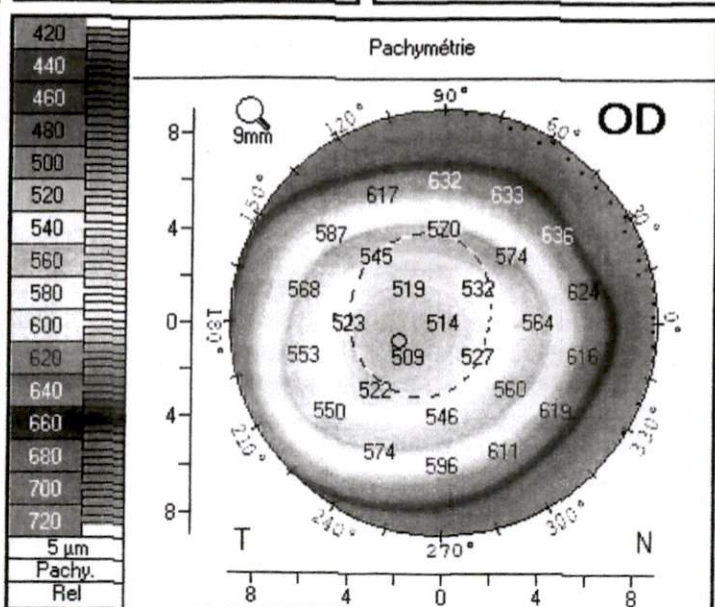
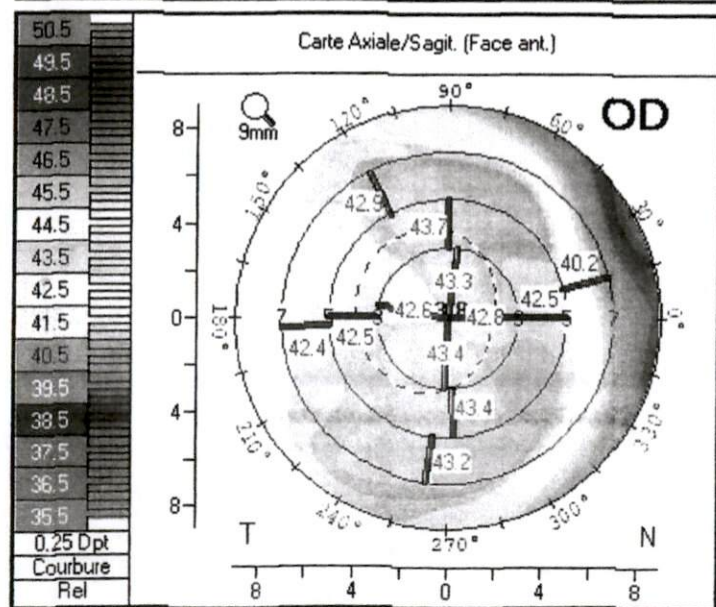
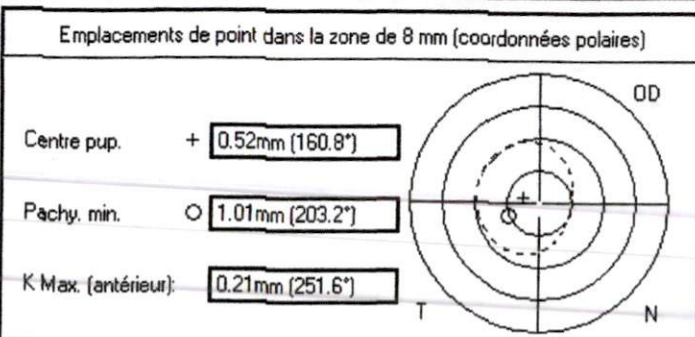
Indices

ISV: IHA:
 IVA: IHD:
 KI: Rmin:
 CKI: TKC:
 KISA: IS:



Asphéricité (ant.) des méridiens majeurs

	Anneaux mm périphériques (Dia)				
(Q)	6mm	7mm	8mm	9mm	10mm
Nas	-0.50	-0.66	-0.76	-0.77	-0.74
Temp	-0.10	-0.10	-0.11	-0.14	-0.17
Inf	-0.03	-0.07	-0.11	-0.18	-0.35
Sup	-0.18	-0.32	-0.45	-0.56	-0.69
Moyen	-0.20	-0.29	-0.36	-0.41	-0.49



OPHTALMO CLINIQUE DE CASABLANCA



صحة العين
للدالر البيضاء

Maladies et Chirurgie des yeux - Laser - Angiographie - Lentilles de Contact

Casablanca le : 11.08.23

BON DE REGLEMENT

Concernant MME HAIDI MYRIAM

Consultation +K10 fond d'oeil

:400.00 Dhs

K 30 PENTACAM

:1000.00Dhs

Date de Consultation

: 11.08.2023

Médecin Traitant

: **Dr JAMAL ZAIM**

Total

: 1400.00dhs.

Dr J. ZAIM
Ophtalmologiste
Ophtalmo Clinique de Casablanca
13, Rue des Papillons - Casablanca
Tél : 0522.25.11.15 - Fax : 0522.25.11.15
INPE : 091140156

Concernant MME HAIDI MYRIAM

Urgence 24/24

:400.00 Dhs

Sarl au Capital de 1 200 000,00 MAD - 13, Rue des Papillons - Oasis - Casablanca

Tél. (LG) : 05.22.25.71.71 - Fax : 05.22.25.11.15 - Web : www.occ.ma

RC : 416933 - I.F : 1051442 - T.P : 34788018 - C.N.S.S. : 6448395 - I.C.E. : 002077199000057

**OPHTALMO CLINIQUE
DE CASABLANCA**



صحة العيون
للدالر البيضاء

Maladies et Chirurgie des yeux - Laser - Angiographie - Lentilles de Contact

Casablanca le : 23/8/23

MME HAIDI MYRIAM

➤ **PENTACAM**

Dr. J. ZAIM
Ophtalmologiste
Ophtalmo Clinique de Casablanca
13, Rue des Papillons Oasis - Casa
Tél. : 0522.25.71.71 (LG) - Fax : 0522.25.11.15
N°PES : 1051140186

Urgence 24/24

Sarl au Capital de 1 200 000,00 MAD - 13, Rue des Papillons - Oasis - Casablanca
Tél. (LG) : 05.22.25.71.71 - Fax : 05.22.25.11.15 - Web : www.occ.ma
RC : 416933 - I.F : 1051442 - T.P : 34788018 - C.N.S.S. : 6448395 - I.C.E. : 002077199000057