

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.

Déclaration de Maladie

N° W21-804649

176724



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) 03668

Matricule :

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Télé :

Total des frais engagés : 1450,- Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : M

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

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) :



| 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 |
| 08/13 | U30 PTACAM | | 1000 | INP 091140186 |
| 11/8/13 | U30 PTACAM | | 1000 | 091140186 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

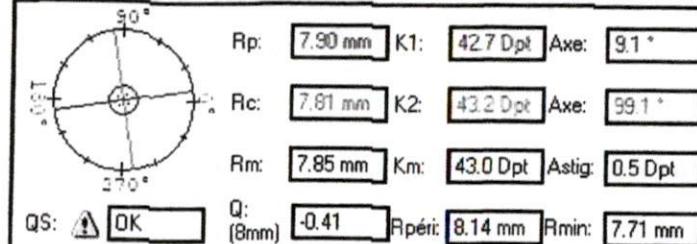
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

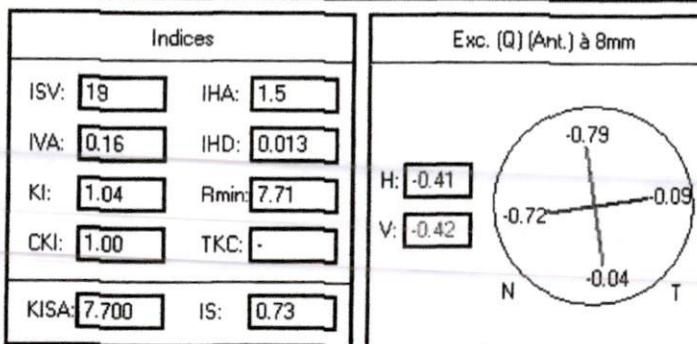
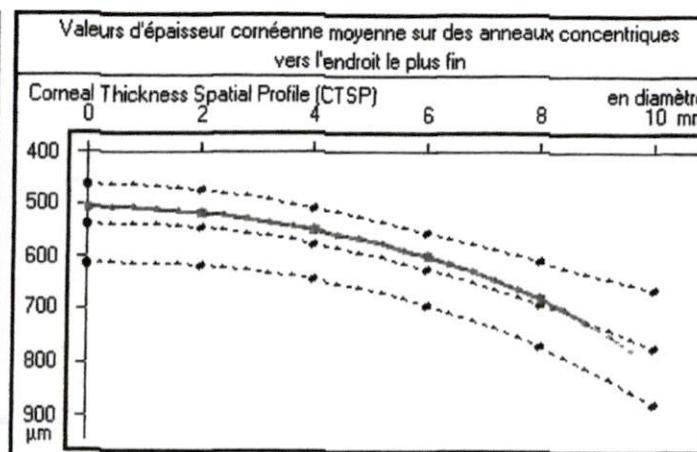
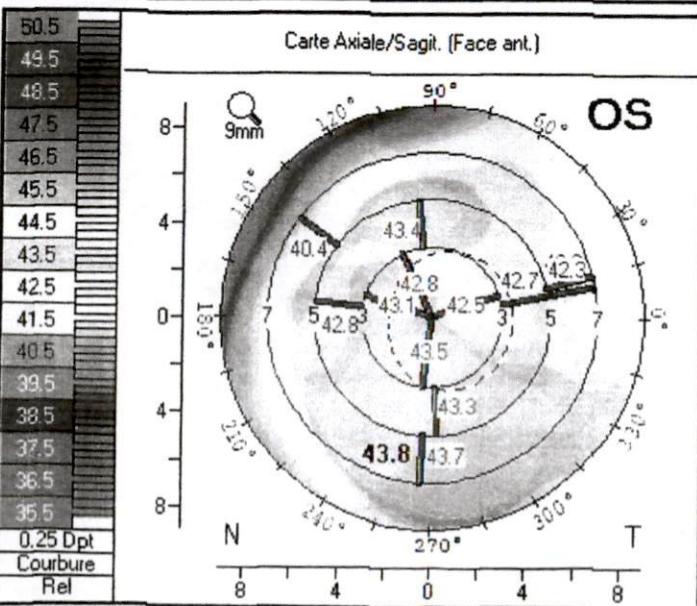
OCULUS - PENTACAM Réfractive

1.2515

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



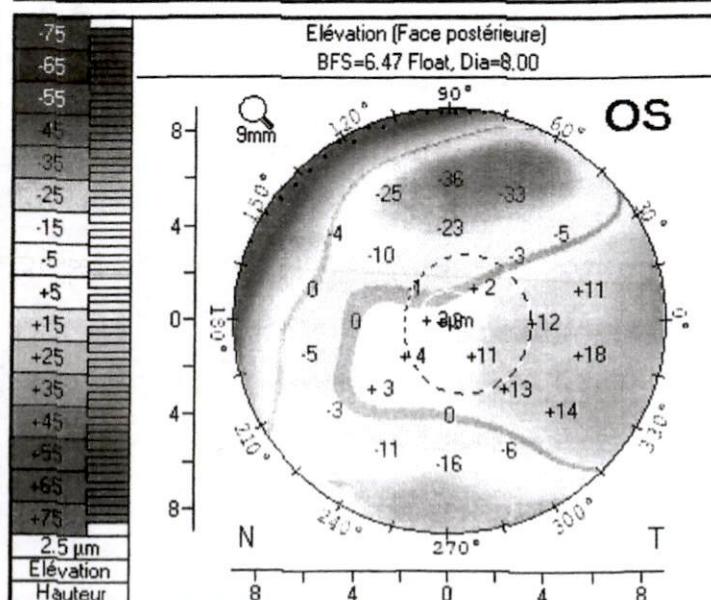
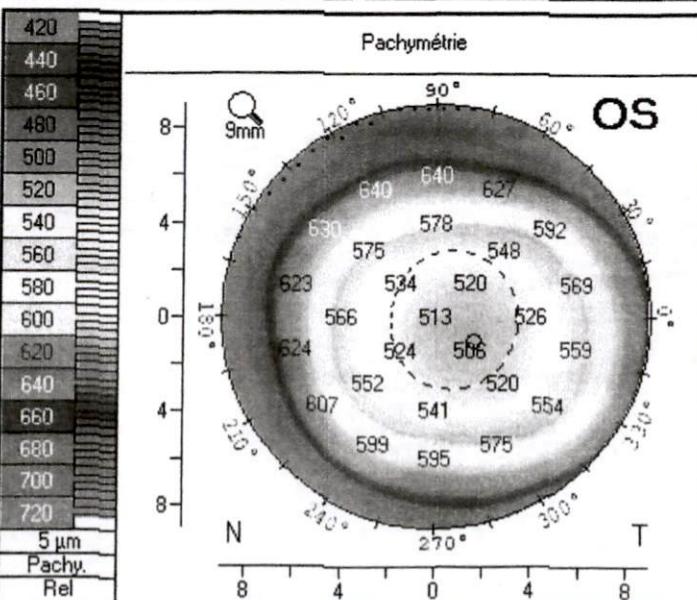
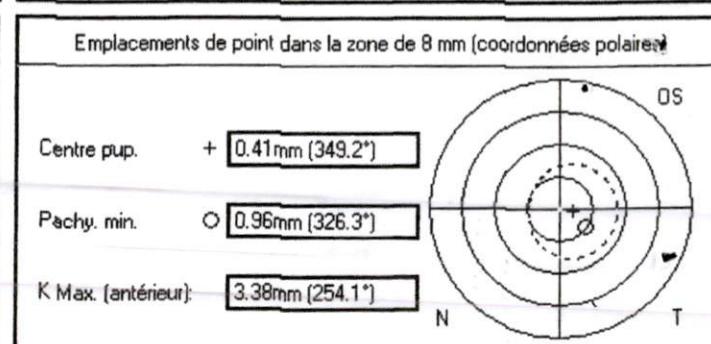
| | Pachy: | x[mm] | y[mm] |
|--------------------|----------|--------------|---------|
| Centre pup. | + 509 µm | +0.40 | -0.08 |
| Pachy. min. | ○ 506 µm | +0.80 | -0.53 |
| Prof. C.A. (Endo.) | 2.54 mm | Dia. pup.: | 2.80 mm |
| Angle I.C. | 38.0 ° | Ep. cristal. | |



Asphéricité (ant.) des méridiens majeurs

Anneaux mm périphériques (Dia)

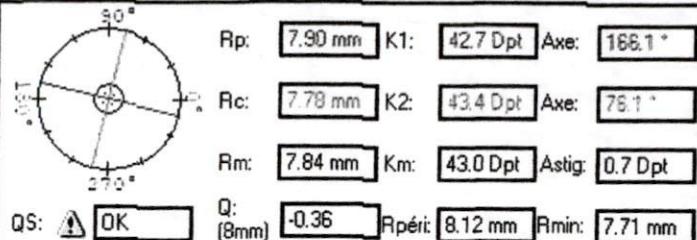
| (Q) | 6mm | 7mm | 8mm | 9mm | 10mm |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Nas | -0.31 | -0.49 | -0.72 | -0.90 | -0.96 |
| Temp | -0.00 | -0.04 | -0.09 | -0.14 | -0.19 |
| Inf | 0.03 | 0.02 | -0.04 | -0.15 | -0.30 |
| Sup | -0.37 | -0.62 | -0.79 | -0.86 | -0.79 |
| Moyen | -0.17 | -0.29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



OCULUS - PENTACAM Réfractive

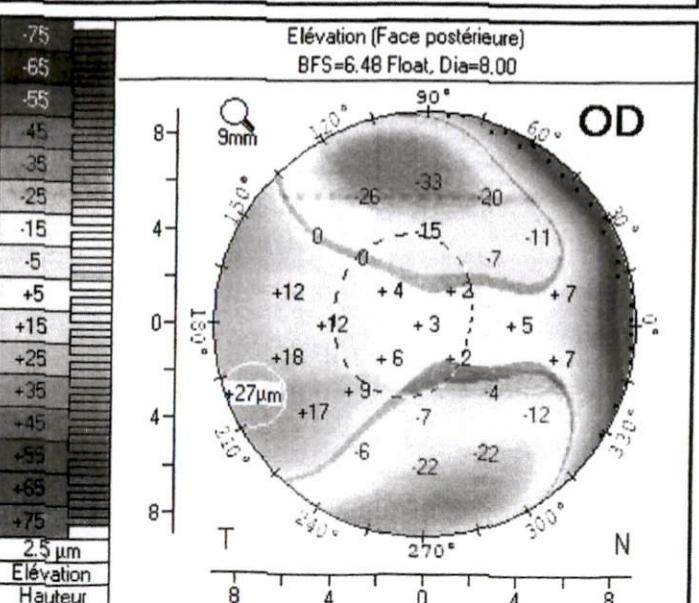
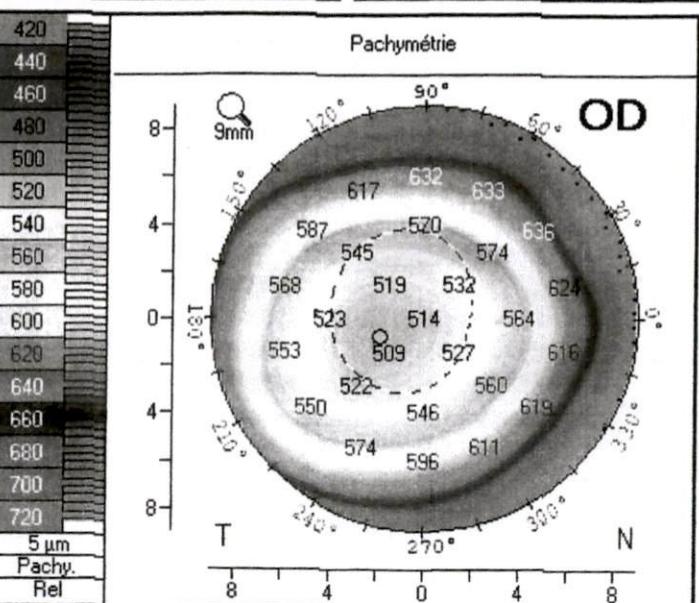
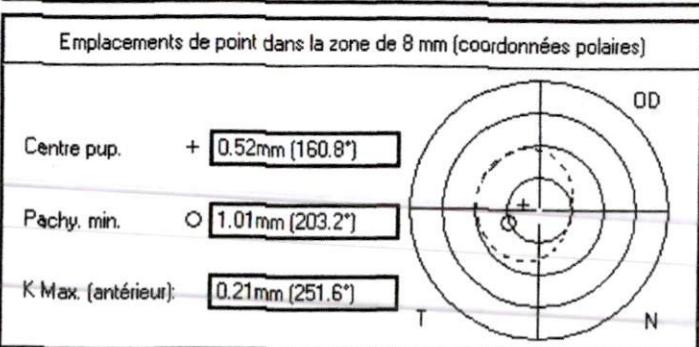
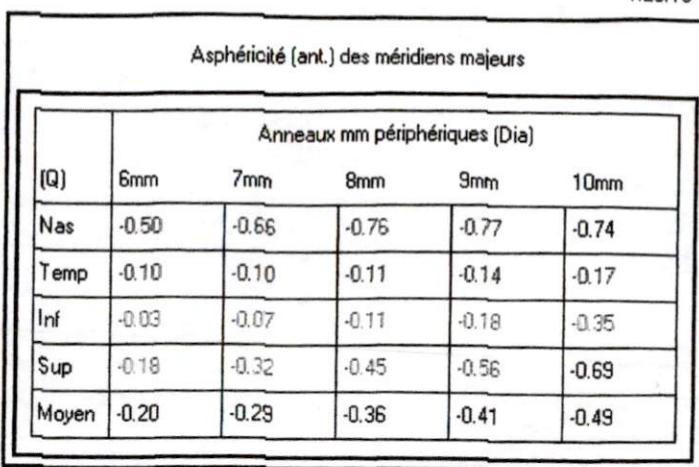
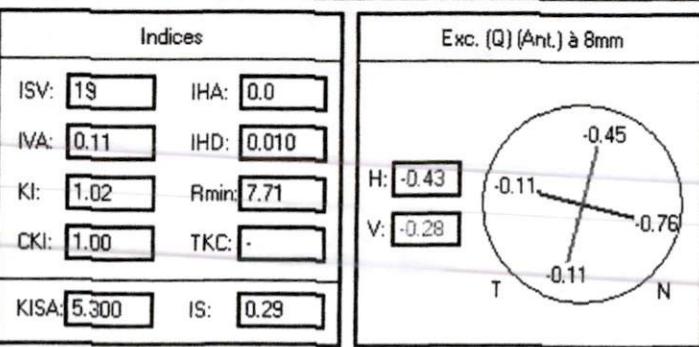
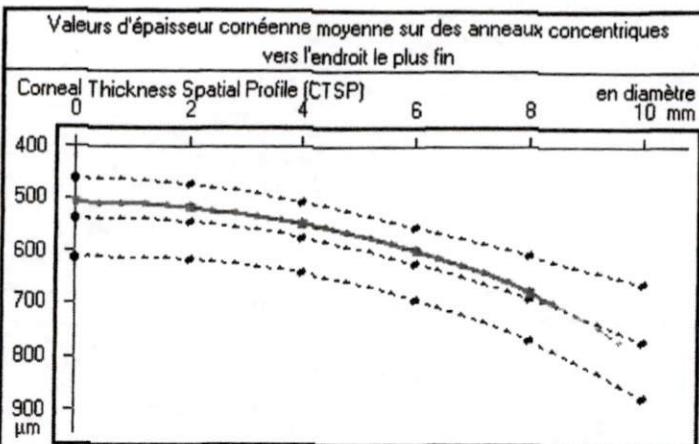
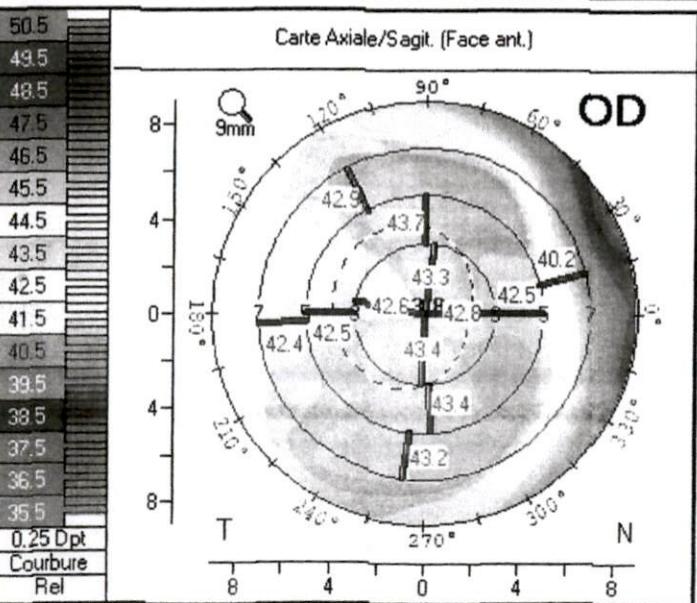
1.25r15

| | | | |
|------------|------------|--------|----------|
| Nom: | Haidi | | |
| Prénom: | Myriam | | |
| N° ID: | | | |
| Né(e) le: | 10/06/1966 | Oeil: | droit |
| Examen du: | 11/08/2023 | Heure: | 12:31:23 |



QS: OK

| | | | |
|--------------------|----------|--------------|---------|
| Pachy: | x[mm] | y[mm] | |
| Centre pup. | + 512 µm | -0.49 | +0.17 |
| Pachy. min. | ○ 508 µm | -0.93 | -0.40 |
| Prof. C.A. (Endo.) | 2.50 mm | Dia. pup.: | 3.20 mm |
| Angle I.C. | 35.7 ° | Ep. cristal. | |



OPHTALMO CLINIQUE DE CASABLANCA



مختبر العين
اللaser البيضاء

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

Casablanca le : M - 8 - 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.

Concernant MME HAIDI MYRIAM

Dr. J. ZAIM
Ophtalmologiste
Ophtalmo Clinique de Casablanca
13, Rue des Papillons - Casablanca - Maroc
Tél. 0522.87.77.00 - Fax 0522.87.25.11
INPE 1051442 - 34788018

Consultation +K10 fond d'oeil **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**



مختبر العيون
للدرالبيضاء

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

Casablanca le : M. 8.23

MME HAIDI MYRIAM

➤ PENTACAM

Dr. J. ZAIMA
Ophtalmologiste
Ophtalmo Clinique de Casablanca
13, Rue des Papillons - Oasis - Casablanca
Tél: 05.22.25.71.71 - Fax: 05.22.25.11.15
IMPA: 1051442 - T.P: 34788018 - C.N.S.S.: 6448395 - I.C.E.: 00207719900057

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. : 00207719900057