

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 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.



Déclaration de Maladie

M22- 0027961

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1933 Société : 202384
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : EL MAZRYANI MUSTAPHA
Date de naissance : 19/04/52
Adresse : 601 FATHI N° 2
8111 Saadoul
Tél. 0661106716 Total des frais engagés : 800,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Pr KHAMAILY Mehdi
Chirurgien Ophthalmologue
Hôpital Universitaire International
Mohammed VI
INPE:091266718

Date de consultation : 06/03/2024
Nom et prénom du malade : EL MAZRYANI Mustapha
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Cataracte
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

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
06-03-2024			300,00 DH	
11/03/24			500,00	

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
	11.03.24	Biométrie	500 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

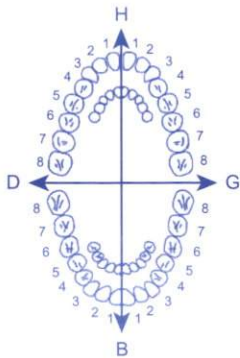
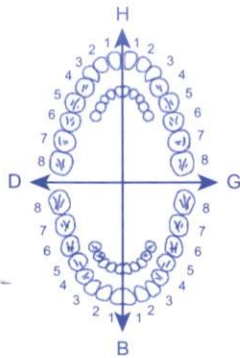
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 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> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 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



ORDONNANCE



240306160601S.

06 mars 2024

EL MAZYANI MUSTAPHA

BIOMETRIE OCULAIRE (Echo A)

Pr KHAMAILY Mehdi
Chirurgien Ophtalmologue
Hôpital Universitaire International
Mohammed VI
IPE:091266718



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL MOHAMMED VI
HUIM6

المستشفى الجامعي
الدولي محمد السادس



ORDONNANCE



240306160601S.

06 mars 2024

EL MAZYANI MUSTAPHA

CANDIDAT A UNE CHIRURGIE DE CATARACTE OD SOUS LOCALE

ATCD:

FAIRE SVP CPA

PR. KHAMAILY Mehdi
Chirurgien Ophtalmologue
Hôpital Universitaire International
Mohammed VI
INPE: 091268718



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL MOHAMMED VI
HUIM6

Date : 06/03/2024

N°: 0078786

QUITTANCE – PAIEMENT ESPÈCES

IPP :

N° d'admission : 24000375

Montant :

Patient :

EL MAZ YANI

300,00 DHS
MUSTAFA

Cachet

HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

2400301209

F A C T U R E

N° 16 085 / 2024 du 11/03/2024

Nom patient : EL MAZYANI MUSTAPHA

Entrée 11/03/2024

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 11/03/2024

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION PRE-ANESTHESIQUE	1.00		300.00	300.00
			Sous-Total	300.00
Total Frais Clinique				300.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
TROIS CENTS DIRHAMS	Total 300.00

Encaissements			Carte Bq		Total encaissé	Solde
			300.00		300.00	0.00



Reçu de caisse

MédHOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

N° : 2403111001012080. / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2400301209	EL MAZYANI MUSTAPHA	11/03/2024

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	7227	300.00
PAYANT	Total payé	300.00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : S.BENSID

Hôpital Universitaire
International Mohammed VI
Conseillers Adjointes
11/03/2024 11:11:11
2403111001012080



مركز الفحريات

SANS CONTACT



11/03/24

10:02:40

9900240871

92408701

HM6 CONSULTATION AD

Bouskoura

A00000000031010

APP : Visa

xxxxxxxxxxxxxx5343

CARTE NATIONALE

7CE5AAAADFC18BC0

221-0-9999-1-44

MONTANT: 300,00 MAD

NUM TRANSACTION : 004

NUM AUTORISATION: 997593

STAN : 007227

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT

Reçu de caisse

MédHOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

N° : 2403111113482080 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2400301267	EL MAZYANI MUSTAPHA	11/03/2024

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	7230	500.00
PAYANT	Total payé	500.00
CINQ CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : S.BENSID



HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

2400301267

F A C T U R E

N° 16 143 / 2024 du 11/03/2024

Nom patient : EL MAZYANI MUSTAPHA

Entrée 11/03/2024

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 11/03/2024

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
BIOMETRIE OPTIQUE IOL MASTER	1.00		500.00	500.00
			Sous-Total	500.00
Total Frais Clinique				500.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CINQ CENTS DIRHAMS

Total 500.00

Encaissements	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	500.00	500.00	0.00





مركز الفحريات

SANS CONTACT



11/03/24

11:15:20

9900240871

92408701

HM6 CONSULTATION AD

Bouskoura

A00000000041010

APP : MASTERCARD

xxxxxxxxxxxxxx3414

CARTE NATIONALE

F381CD997C6574C6

220-0-9999-1-55

MONTANT: 500,00 MAD

NUM TRANSACTION : 006

NUM AUTORISATION: 0U5673

STAN : 007230

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT

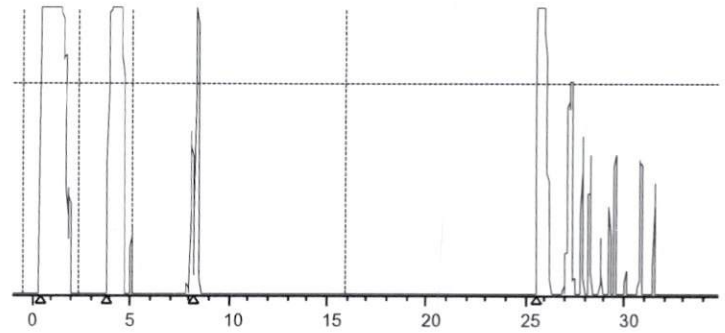


Printed: 11/03/2024

Facility: (1)
Physician:
User: PR KHAMAILY
Exam Date: 11/03/2024Patient: EL MAZYANI, MUSTAPHA
ID: 2400301267
DOB: 1952.04.19
Remark:**OD** Phakic

	AXL	ACD	Lens	VCD
1	25,78	3,86	3,81	18,11
2	25,40	2,97	4,74	17,69
3	24,92	3,20	4,68	17,04
4	25,06	3,29	4,66	17,11
5	25,34	3,40	4,74	17,20
Avg	25,30	3,34	4,53	17,43
Dev	0,33	0,33	0,40	0,46

Waveform #5

AXL: 25,34 mm
ACD: 3,40 mm
Lens: 4,74 mm
VCD: 17,20 mm
11/03/2024
08:13:29
Gain: 67 dB
Contact
Auto: (SR-)

Group	Group A							
IOL	AAA		BBB		CCC		DDD	
A-Const	118,70		118,40		115,30		119,00	
Hof Q	5,37		5,20		3,39		5,55	
Hof	1,620		1,450		-0,306		1,790	
SRK/T	5,40		5,21		3,28		5,59	
Haig	1,714	0,400 0,100	1,527	0,400 0,100	-0,410	0,400 0,100	1,902	0,400 0,100
SRK II	118,70		118,40		115,30		119,00	
BinkHorst II	5,37		5,20		3,39		5,55	
	Power	Refr	Power	Refr	Power	Refr	Power	Refr
	15,00	0,53	14,50	0,69	12,00	0,90	15,00	0,69
	15,50	0,20	15,00	0,36	12,50	0,52	15,50	0,37
	<i>*16,00</i>	<i>-0,13</i>	<i>*15,50</i>	<i>0,03</i>	<i>*13,00</i>	<i>0,13</i>	<i>*16,00</i>	<i>0,05</i>
	16,50	-0,47	16,00	-0,32	13,50	-0,26	16,50	-0,28
	17,00	-0,81	16,50	-0,66	14,00	-0,66	17,00	-0,62
Target	15,80		15,54		13,17		16,07	
Emme	15,80		15,54		13,17		16,07	

IOL Formula: SRK/T

Rx Surgery: No

AXL Used: Average

AXL: 25,30 mm

K1: 44,00 D

K2: 42,25 D

K Index: 1,3375

Target: 0,00 D

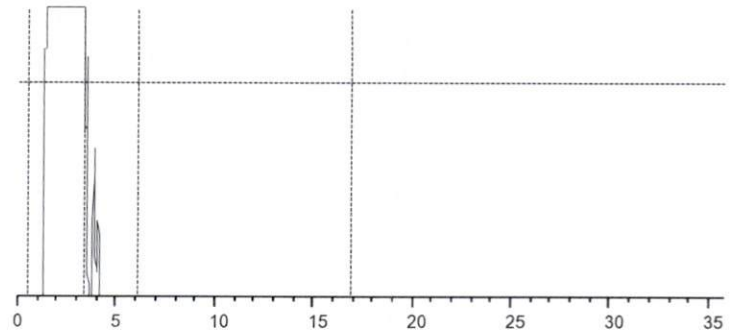
Phakic Eye Type

	Material	Velocity	Lens (mm)
AC	Aqueous	1532	
Lens	Phakic	1641	Measured
VC	Vitreous	1532	

OS Phakic

	AXL	ACD	Lens	VCD
1	25,75	4,12	1,07	20,56
2	25,30	2,85	5,63	16,82
3	24,66	2,86	2,08	19,72
4	24,85	3,46	1,77	19,62
5	?	?	?	?
Avg	25,14	3,32	2,64	19,18
Dev	0,49	0,60	2,04	1,63

Waveform #5

Gain: 67 dB
Contact
Auto: (SR-)

Group	Group A											
IOL	AAA			BBB			CCC			DDD		
A-Const	118,70			118,40			115,30			119,00		
Hof Q	5,37			5,20			3,39			5,55		
Hol	1,620			1,450			-0,306			1,790		
SRK/T	5,40			5,21			3,28			5,59		
Haig	1,714	0,400	0,100	1,527	0,400	0,100	-0,410	0,400	0,100	1,902	0,400	0,100
SRK II	118,70			118,40			115,30			119,00		
BinkHorst II	5,37			5,20			3,39			5,55		
	Power		Refr	Power		Refr	Power		Refr	Power		Refr
	14,00		0,65	14,00		0,49	11,50		0,72	14,50		0,49
	14,50		0,33	14,50		0,17	12,00		0,34	15,00		0,18
	*15,00		0,01	*15,00		-0,16	*12,50		-0,04	*15,50		-0,14
	15,50		-0,32	15,50		-0,49	13,00		-0,42	16,00		-0,46
	16,00		-0,64	16,00		-0,83	13,50		-0,81	16,50		-0,79
Target	15,02			14,76			12,45			15,28		
Emme	15,02			14,76			12,45			15,28		

IOL Formula: SRK/T

Rx Surgery: No

AXL Used: Average

AXL: 25,14 mm

K1: 43,25 D

K2: 45,25 D

K Index: 1,3375

Target: 0,00 D

Phakic Eye Type

	Material	Velocity	Lens (mm)
AC	Aqueous	1532	
Lens	Phakic	1641	Measured
VC	Vitreous	1532	

Accutome 4Sight A-Scan Report

SF: Version 2.07.02

FW: 1.00

Pr KHAMAILY Mehdi
Chirurgien Ophtalmologue
Hôpital Universitaire International
Mohammed VI
NPE:091266718