

# 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](http://www.mupras.com)

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **AB33** Société : **202384**

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : **EL MAZUY Anji MUSTAFA**

Date de naissance : **19/04/52**

Adresse : **lot FATH NO 25  
Sidi Jaâfar**

Tél. : **0661106716** Total des frais engagés : **800,- Dhs**

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation : **06/03/2024**

Nom et prénom du malade : **EL Mazyani Mustafa** Age :

Lien de parenté : **Echancere**  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) : .....

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

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
06-03-2018	Visite de suivi faire par Dr Mohammed VI		300, DP DA	Dr XHAMAILY M. Chirurgien Ophtalmologue Hôpital Universitaire Mohammed VI INPE 09/2009 Dr BAKKAL
11/03/2018	SERVICE CONSULTATION OPHTHALMOLOGIE	3	300,-	Dr XHAMAILY M. Chirurgien Ophtalmologue Hôpital Universitaire Mohammed VI INPE 09/2009 Dr BAKKAL

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<p>Hôpital Universitaire International Mohammed VI SERVICE CONSULTATION OPHTALMOLOGIE</p> 	11.03.24	Biométrie	500 DH

## AUXILIAIRES MEDICAUX

#### **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'ODDF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

Diagram illustrating the numbering of teeth in a dental arch. The upper arch has teeth numbered 1 through 8 from left to right. The lower arch has teeth numbered 8 through 1 from left to right. The vertical axis is labeled H, the horizontal axis is labeled G, and the depth axis is labeled B.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

The diagram illustrates a dental arch (maxilla) with numbered teeth (1-8) and various orthodontic symbols placed on specific teeth. The arch is oriented with the upper left quadrant at the top. A vertical H-axis points upwards from the center, and a horizontal D-G axis passes through the center. The symbols include circles with arrows, circles with crosses, and circles with diagonal lines, indicating different orthodontic requirements for each tooth.

#### **[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



## ORDONNANCE



240306160601S.

06 mars 2024

**EL MAZYANI MUSTAPHA**

BIOMETRIE OCULAIRE (Echo A )

Pr KHAMAILY Mehdi  
Chirurgien Ophtalmologue  
Hôpital Universitaire International  
Mohammed VI  
INPE: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:090063728



# HÔPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI HUIIM6

Date : 6/03/2024

N° : 0078786

## **QUITTANCE – PAIEMENT ESPÈCES**

IPP 3

**N° d'admission**

**Patient:**

**Montant :**

300,000 PK  
pho

Cachet

# HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

2400301209

## F A C T U R E

Nº 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
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
CONSULTATION PRE-ANESTHESIQUE	1.00		300.00 Sous-Total	300.00 300.00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>300.00</b>

*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



**HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED**

CASABLANCA

**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





مركز التحديدات

SANS CONTACT



11/03/24

10:02:40

9900240871

92408701

HM6 CONSULTATION AD

Bouskoura

A00000000031010

APP : Visa

xxxxxxxxxxxxx5343

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

**HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI**

CASABLANCA

**Reçu de caisse***MédHOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI*

N° : 240311113482080 / 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



A handwritten signature is written over a blue rectangular stamp. The stamp contains the text "Hôpital Universitaire International Mohammed VI" at the top, followed by "Centre de Consultations" and "Adolescents". Below this, there is a series of vertical blue bars of varying heights. The handwritten signature appears to be a name, possibly "S. BENSID", written in cursive.

# HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

2400301267

## F A C T U R E

Nº 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 Sous-Total	500.00 500.00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>500.00</b>

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





مصرف المقديس

SANS CONTACT



11/03/24 11:15:20  
9900240871  
92408701  
HM6 CONSULTATION AD  
Bouskoura

A0000000041010  
APP : MASTERCARD  
xxxxxxxxxxxxx3414  
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: 11/03/2024

Patient: EL MAZYANI, MUSTAPHA

ID: 2400301267

DOB: 1952.04.19

Remark:

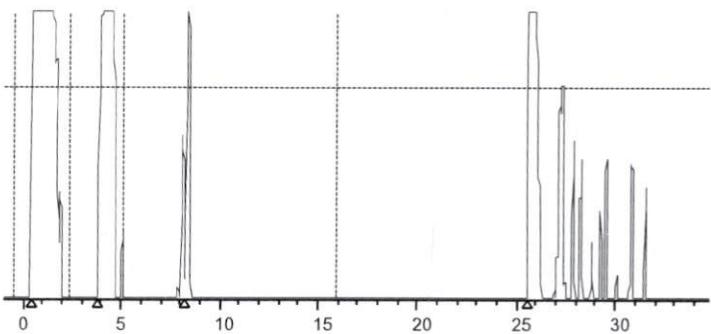
# OD

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

	AAA	BBB	CCC	DDD	
IOL	118,70	118,40	115,30	119,00	
A-Const					
Hof Q	5,37	5,20	3,39	5,55	
Hol	1,620	1,450	-0,306	1,790	
<b>SRK/T</b>	<b>5,40</b>	<b>5,21</b>	<b>3,28</b>	<b>5,59</b>	
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
15,00	0,53	14,50	0,69	12,00	0,90
15,50	0,20	15,00	0,36	12,50	0,52
*16,00	-0,13	*15,50	0,03	*13,00	0,13
16,50	-0,47	16,00	-0,32	13,50	-0,26
17,00	-0,81	16,50	-0,66	14,00	-0,66
Target	<b>15,80</b>	<b>15,54</b>	<b>13,17</b>	<b>16,07</b>	
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)
Aqueous	1532	
Phakic	1641	Measured
Vitreous	1532	

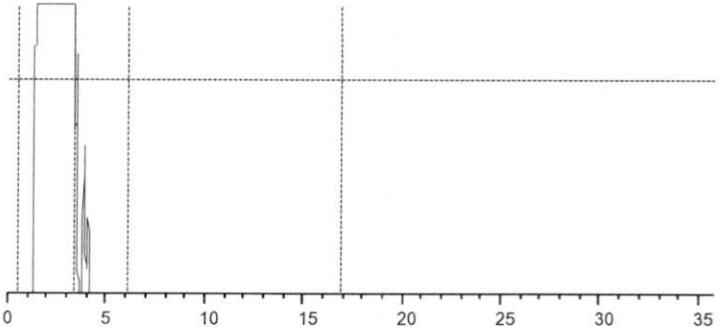
# OS

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

	AAA	BBB	CCC	DDD	
IOL	118,70	118,40	115,30	119,00	
A-Const					
Hof Q	5,37	5,20	3,39	5,55	
Hol	1,620	1,450	-0,306	1,790	
<b>SRK/T</b>	<b>5,40</b>	<b>5,21</b>	<b>3,28</b>	<b>5,59</b>	
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
14,00	0,65	14,00	0,49	11,50	0,72
14,50	0,33	14,50	0,17	12,00	0,34
*15,00	0,01	*15,00	-0,16	*12,50	-0,04
15,50	-0,32	15,50	-0,49	13,00	-0,42
16,00	-0,64	16,00	-0,83	13,50	-0,81
Target	<b>15,02</b>	<b>14,76</b>	<b>12,45</b>	<b>15,28</b>	
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)
Aqueous	1532	
Phakic	1641	Measured
Vitreous	1532	

# Accutome 4Sight A-Scan Report

SF: Version 2.07.02

FW: 1.00

Dr KHAMAILY Mehdi  
 Chirurgien Ophtalmologique  
 Hôpital Universitaire International  
 Mohammed VI  
 NPE:091266716