

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.

Diologie 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.

Éducation :

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.

Prothèse :

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

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° P19- 059880

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

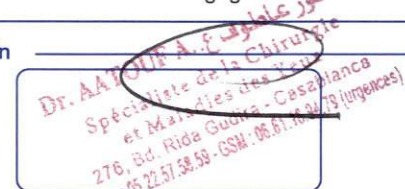
☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : EL LOUATI DI Société : LA K B I R
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : MAY NOR 1 R 2 N 4 9 CASABLANCA
Date de naissance :
Adresse : 05 22 57 58 72
06 5002 8260
Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 19/08/2020
Nom et prénom du malade : Khoulidi Fatima Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : affection oculaire
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

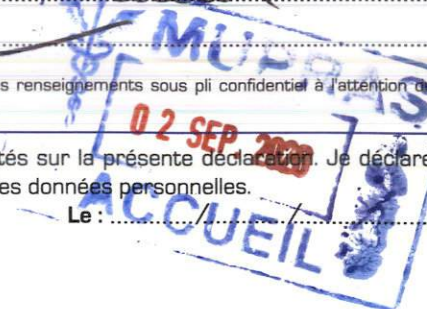
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 :

Le :

Signature de l'adhérent(e) :



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
19/08/2020	Brouillier	ectus	500	DE AATOUF A. ... Spécialiste de l'Ortodontologie et Maladies des Yeux 276, Bd. Rida Gudira - Casablanca Tél/Fax : 05.22.57.56.55 - 03M : 60.61.19.94.79 (urgence)

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

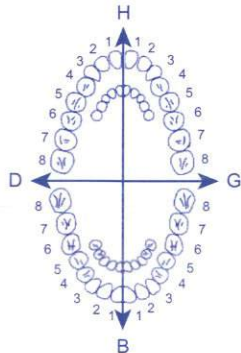
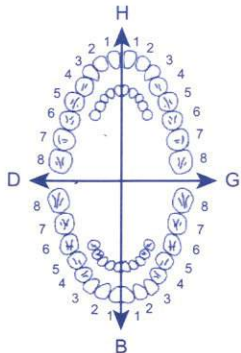
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

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			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"/>														
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B	B																
	[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

Dr ÂATOUF ABDEL FETTAH

Ophthalmologiste



الدكتور عاطوف عبد الفتاح

اختصاصي في أمراض

وجراحة العيون

- * Spécialiste de la Chirurgie et Maladies des yeux
- * Ex Medecin Ophthalmologiste à l'Hopital 20 Août
- * Ex Chef du Pol medical et chef du service d'Ophthalmologie à l'Hopital Sidi Othmane
- * Membre de la Société Française d'Ophthalmologie

* طبيب أمراض وجراحة العيون سابقاً بمستشفى 20 غشت

* رئيس القطب الطبي ورئيس قسم أمراض وجراحة العيون

سابقاً بمستشفى سيدي عثمان

* عضو الجمعية الفرنسية لأمراض وجراحة العيون

مركز أمراض وجراحة العيون

Centre de chirurgie et des maladies des yeux

Casablanca le : 19/8/2020 : الدار البيضاء في

Nom : KHALIL FADI ME

Reçu du pay comme soignant
après avoir donné pour
examen oculaire et
de médecine oculaire dans
le cadre de la charge
de Casablanca

Dr. ÂATOUF A. ع.ع.
Spécialiste de la Chirurgie
et Maladies des Yeux
276, Bd Reda GUDIRA - Casablanca
Tél/Fax: 05 22 57 58 59 - GSM: 06 61 18 94 79

276, شارع رضی اكدیوة (التیل سابقاً) قرية الجماعة قرب السينما المدنية فوق الشركة العامة المغربية للأبنك - الدار البيضاء

الهاتف / الفاكس : 05 22 57 58 59 / النقال (المستعجلات) : 06 61 18 94 79

276, Bd Reda GUDIRA (Ex Nil) cité djamaâ à côté cinema AL MADANIA Casablanca

Tél / Fax: 05 22 57 58 59 / GSM : 06 61 18 94 79 (Pour les Urgences)

Cabinet Ophtalmologiste

DR AATOUF ABDEL FETTAH

276, Bd REDA GUDIRA Cite Djamaa a cote decinema AL MADANIA - CASABLANCA -

Tél. : 0522575859 - Fax: - Email :

Patient: Khalis Fatima

N° de dossier:

Adresse: -

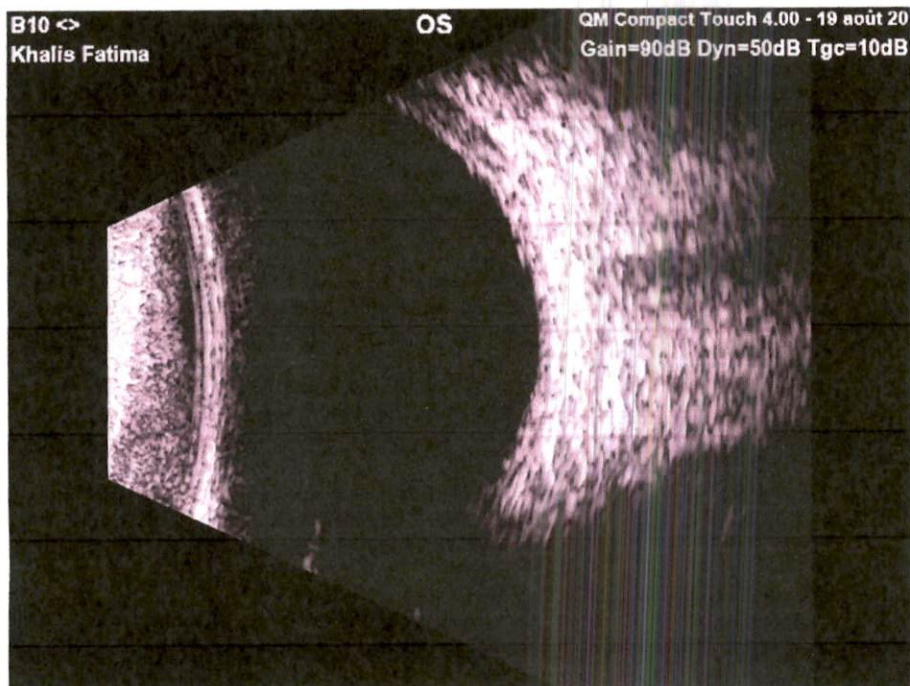
Tél.:

Sexe:

Date de naissance: 01 janv. 1900

Oeil: OS

Date d'examen: 19 août 2020



Handwritten signature: Khalis Fatima

Handwritten signature: Dr. AATOUF ABDEL FETTAH

Dr. AATOUF ABDEL FETTAH
Spécialiste de la Chirurgie
et Maladies des Yeux
276, Bd Reda Gudira - Casablanca
Tél: 05 22 57 58 59 - 05 22 57 58 59

Cabinet Ophtalmologiste DR AATOUF ABDEL FETTAH

276, Bd REDA GUDIRA Cite Djamaa a cote decinema AL MADANIA - CASABLANCA -

Tél. : 0522575859 - Fax: - Email :

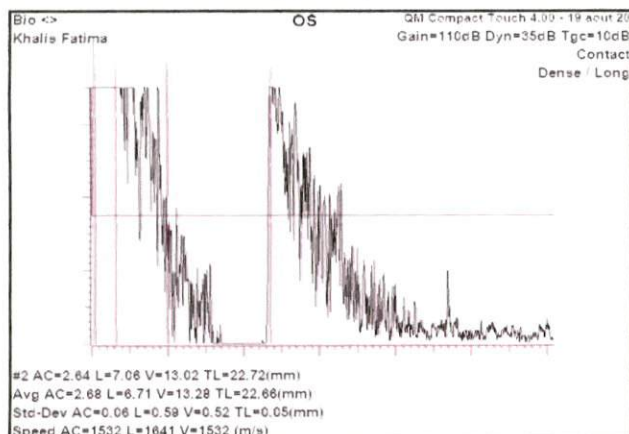
Patient: Khalis Fatima**N° de dossier:**Adresse: -
Tél.:

Sexe:

Date de naissance: 01 janv. 1900

Oeil: OS

Date d'examen: 19 août 2020



Contact	Dense / Long	Œil Normal		
Mesure Sélectionnée	C.A.(mm)	C.(mm)	V.(mm)	L.T.(mm)
m/s	1532	1641	1532	
#1	2,68	6,28	13,71	22,67
#2	2,64	7,06	13,02	22,72
#3	2,60	7,38	12,72	22,70
#4	2,72	5,95	13,94	22,61
#5	2,57	7,26	12,79	22,62
#6	2,72	5,99	13,90	22,61
#7	2,72	6,15	13,75	22,62
#8	2,64	7,38	12,72	22,74
#9	2,72	7,30	12,68	22,70
#10	2,72	6,69	13,29	22,70
Avg	2,68	6,71	13,28	22,66
Stat-2	2,64	7,38	12,68	22,70
Std-Dev	0,06	0,59	0,52	0,05

Valeurs sélectionnées pour le calcul LIO	Avg	C.A.: 2,68 mm	C.: 6,71 mm	L.T.: 22,66 mm
K Mesuré	K1: 44,25 D @ 0° - K2: 44,75 D @ 0°			K: 44,50 D
Données de Réfraction	Sphère: 0,00 D - Cylindre: 0,00 D @ 0°			

IOL 118.00 P - A = 118,000	IOL (D)	Refract. (D)
SRK-T	19,50	1,50
A= 118,000	20,00	1,16
Emme: 21,65 D	20,50	0,81
Ame: 0,00 D	21,00	0,46
IOL Ame: 21,65 D	22,00	-0,25
	22,50	-0,62
	23,00	-0,98
	23,50	-1,35

IOL 118.10 P - A = 118,100	IOL (D)	Refract. (D)
SRK-T	20,00	1,24
A= 118,100	20,50	0,89
Emme: 21,77 D	21,00	0,55
Ame: 0,00 D	21,50	0,19
IOL Ame: 21,77 D	22,00	-0,16
	22,50	-0,52
	23,00	-0,88
	23,50	-1,25
	24,00	-1,63

IOL 118.30 P - A = 118,300	IOL (D)	Refract. (D)
SRK-T	20,00	1,40
A= 118,300	20,50	1,06
Emme: 22,03 D	21,00	0,72
Ame: 0,00 D	21,50	0,37
IOL Ame: 22,03 D	22,50	-0,33
	23,00	-0,69
	23,50	-1,05
	24,00	-1,42

IOL 118.40 P - A = 118,400	IOL (D)	Refract. (D)
SRK-T	20,00	1,48
A= 118,400	20,50	1,15
Emme: 22,16 D	21,00	0,81
Ame: 0,00 D	21,50	0,46
IOL Ame: 22,16 D	22,50	-0,24
	23,00	-0,59
	23,50	-0,95
	24,00	-1,32

Dr. AATOUF ABDEL FETTAH
Spécialiste de la Chirurgie
et Maladies des Yeux
276, Bd Reda Gudira Casablanca
Tél: 0522575859 - 0522575860