

## 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° W19-429394

51782

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 1689		Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : EL OUFIR LATIF			
Date de naissance : 27/07/51			
Adresse : 12 AVÉ MAHNOUD TIMOUR GAUTHIER ENROLANDY			
Tél. : 0660541681		Total des frais engagés : 500,00 Dhs	
Signature : 16 DEC. 2020			
ACCUEIL			

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14/10/2020

Nom et prénom du malade : EL OUFIR LATIF Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Gynécoendocrinologique

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 16/10/2020

## **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
15/09/2022	Contrôle			INP 0911184507

## **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
Dr. Youssef A. Abdou - 30 Avenue Mohamed V - Casablanca - Tel : 05 22 47 53 90	-	-	5000 Dhs

#### 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>	
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>	
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>	
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>	
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>	
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>	
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	D 00000000 35533411	B 11433553	<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>	
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS					
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION					



Printed: 10/14/2020

Facility: DR LAZRAK  
 Physician: ZINEB, DR.LAZRAK  
 User:  
 Exam Date: 10/14/2020

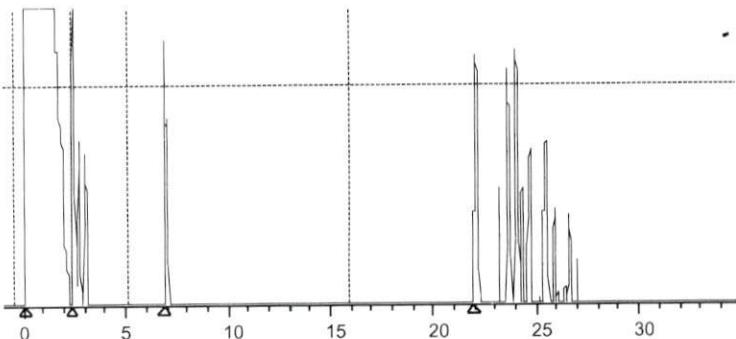
Patient: ELOFIR, LATIF  
 ID: CAT OG  
 DOB: 1951.07.28  
 Remark:

## OD Phakic

	AXL	ACD	Lens	VCD
1	21.90	2.42	4.56	14.92
2	22.48	3.20	4.27	15.01
3	22.54	2.92	4.59	15.03
4	22.97	2.92	4.12	15.93
5	22.13	2.31	4.81	15.01
Avg	22.40	2.75	4.47	15.18
Dev	0.41	0.38	0.27	0.42

## Waveform #5

AXL: 22.13 mm  
 ACD: 2.31 mm  
 Lens: 4.81 mm  
 VCD: 15.01 mm  
 10/14/2020  
 1:00:52 PM  
 Gain: 67 dB  
**Contact**  
 Auto: (SR-)



Group IOL  
 A-Const  
 Hof Q  
**Hol**  
 SRK/T  
 Haig  
 SRK II  
 BinkHorst II

DR LAZRAK							
	ALCON MA60AC	ALCON SA60AT	EYECRYL	EYECRYL HYDROPHOBIC			
	119.20	118.80	118.40	118.60			
	5.67	5.43	5.20	5.32			
	<b>1.903</b>	<b>1.676</b>	<b>1.450</b>	<b>1.563</b>			
	5.71	5.46	5.21	5.34			
	2.027 0.400 0.100	1.777 0.400 0.100	1.527 0.400 0.100	1.652 0.400 0.100			
	119.20	118.80	118.40	118.60			
	5.67	5.43	5.20	5.32			
	Power	Refr	Power	Refr	Power	Refr	
	25.00	0.57	24.50	0.54	23.50	0.88	24.00 0.71
	25.50	0.22	25.00	0.19	24.00	0.53	24.50 0.36
	<b>*26.00</b>	<b>-0.12</b>	<b>*25.50</b>	<b>-0.16</b>	<b>*24.50</b>	<b>0.17</b>	<b>*25.00 0.00</b>
	26.50	-0.48	26.00	-0.52	25.00	-0.19	25.50 -0.36
	27.00	-0.83	26.50	-0.88	25.50	-0.55	26.00 -0.72
Target	<b>25.82</b>	<b>25.27</b>	<b>24.74</b>	<b>25.00</b>			
Emme	25.82	25.27	24.74	25.00			

## IOL Formula: Holladay

Rx Surgery: No  
 AXL Used: Average  
 AXL: 22.40 mm

K1: 44.00 D  
 K2: 42.25 D

K Index: 1.3375  
 Target: 0.00 D

## Phakic Eye Type

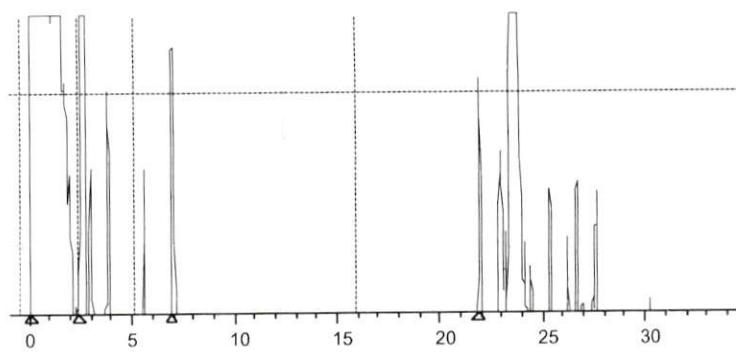
	Material	Velocity	Lens (mm)
AC	Aqueous	1532	
Lens	Phakic	1641	Measured
VC	Vitreous	1532	

## OS Phakic

	AXL	ACD	Lens	VCD
1	23.51	2.63	4.63	16.25
2	22.14	2.54	4.71	14.89
3	22.05	2.43	4.68	14.94
4	22.19	2.54	4.74	14.91
5	22.03	2.39	4.76	14.88
Avg	22.38	2.51	4.70	15.17
Dev	0.63	0.10	0.05	0.60

## Waveform #5

AXL: 22.03 mm  
 ACD: 2.39 mm  
 Lens: 4.76 mm  
 VCD: 14.88 mm  
 10/14/2020  
 1:01:09 PM  
 Gain: 67 dB  
**Contact**  
 Auto: (SR-)



Group IOL  
 A-Const  
 Hof Q  
**Hol**  
 SRK/T  
 Haig  
 SRK II  
 BinkHorst II

DR LAZRAK							
	ALCON MA60AC	ALCON SA60AT	EYECRYL	EYECRYL HYDROPHOBIC			
	119.20	118.80	118.40	118.60			
	5.67	5.43	5.20	5.32			
	<b>1.903</b>	<b>1.676</b>	<b>1.450</b>	<b>1.563</b>			
	5.71	5.46	5.21	5.34			
	2.027 0.400 0.100	1.777 0.400 0.100	1.527 0.400 0.100	1.652 0.400 0.100			
	119.20	118.80	118.40	118.60			
	5.67	5.43	5.20	5.32			
	Power	Refr	Power	Refr	Power	Refr	
	24.50	0.84	24.00	0.82	23.50	0.81	24.00 0.64
	25.00	0.50	24.50	0.48	24.00	0.46	24.50 0.29
	<b>*25.50</b>	<b>0.16</b>	<b>*25.00</b>	<b>0.13</b>	<b>*24.50</b>	<b>0.11</b>	<b>*25.00 -0.06</b>
	26.00	-0.19	25.50	-0.23	25.00	-0.26	25.50 -0.42
	26.50	-0.54	26.00	-0.58	25.50	-0.62	26.00 -0.79
Target	<b>25.73</b>	<b>25.18</b>	<b>24.65</b>	<b>24.91</b>			
Emme	25.73	25.18	24.65	24.91			

## IOL Formula: Holladay

Rx Surgery: No  
 AXL Used: Average  
 AXL: 22.38 mm

K1: 43.75 D  
 K2: 42.75 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

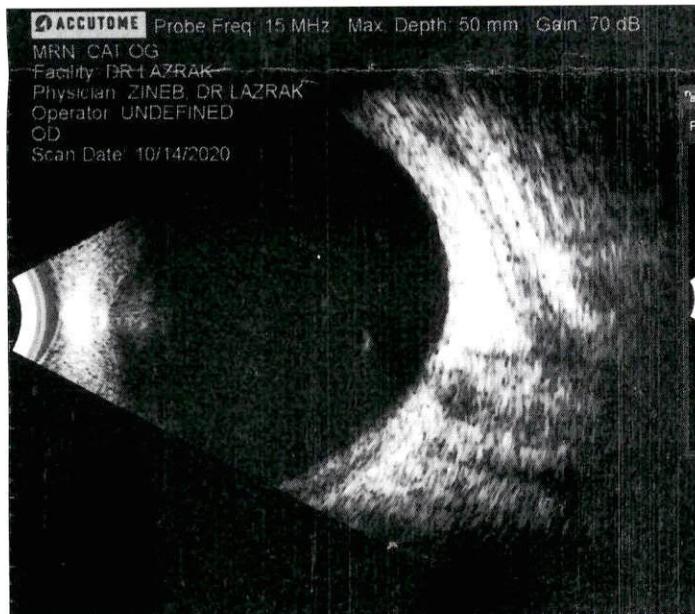
SF: Version 2.06.04-U FW: 1.00



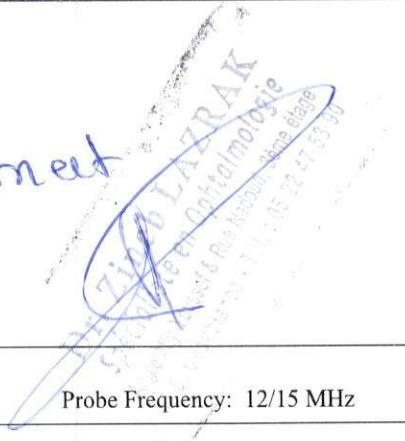
Printed: 10/14/2020

Facility: DR LAZRAK  
Physician: ZINEB, DR.LAZRAK  
User:  
Exam Date: 10/14/2020

Patient: ELOFIR, LATIF  
ID: CAT OG  
DOB: 1951.07.28  
Remark:



- DPV isolé OS
- pas de décolllement  
de l'ITM



## Accutome 4sight B-Scan Report

SF: Version 2.06.04-U

Probe Frequency: 12/15 MHz