

# 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.

## 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- 056100

ND: 27937

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3148 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : BOUWAI M. Abdelilah  
Date de naissance : 11/10/1954  
Adresse : 4 Rue TURBOT Racine  
Tél. : 0664 81 9997 Total des frais engagés : 1625 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation : 28/05/2020  
Nom et prénom du malade : BOUWAI ABDELILAH 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 : CASABLANCA Le : 01 / 06 2020

Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-056100

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 1625  
Nom de l'adhérent(e) :  
Total des frais engagés :  
Date de dépôt :



# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médicament attestant le Paiement des Actes
28/05/2020			30007	

**Dr. LAGHSSA Nadia**  
Professeur en Ophtalmologie  
Sise à 76 Boulevard Koutoubia  
Résidence Koutoubia  
Casablanca - Tél/Fax: 0522 99 46 00

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28/05/2020	125,~

**Ph. EL AGHASSI**  
1 bis, Rue Ibnou Chahid  
Derb Ghalef - Casablanca  
Tél: 05 22 25 60 60

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	28/05/2020		1200

**Dr. LAGHSSA Nadia**  
Professeur en Ophtalmologie  
Sise à 76 Boulevard Koutoubia  
Résidence Koutoubia  
Casablanca - Tél/Fax: 0522 99 46 00

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# RELEVÉ 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'O

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																	
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																			
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Professeur N. LAOUISSI

Spécialiste en Ophtalmologie

Maladies et Chirurgie des Yeux

Ex Professeur à la Faculté de Médecine

et de Pharmacie de CASABLANCA

EX Attachée au CHU de Nantes (France)

Microchirurgie de l'Oeil

Strabisme - Phacoemulsification

Angiographie - Laser - Lentilles de contact

Chirurgie Réfractive

Agrée en Médecine Aero spatiale

DICLOCED 1 mg/ml  
Collyre, Flacon de 10 ml - P.V. : 68,00 DH



6 118001 101948

Distribué par COOPER PHARMA  
41, rue Mohamed Diouri, Casablanca  
Pharmacien Responsable : Amina DAOUINI

الأستاذة لعبد

إختصاصي في أمراض

أستاذة جامعة بكلية الطب

ملحقة سابقا بالمستشفى الجامعي بنانت (فرنسا)

جراحة الساد (الجلالة) بالأمواج فوق الصوتية

تخطيط الشبكية الوعائي - جراحة تصحيح البصر بالليزر

جراحة الحول

Casablanca, le :

28-5-020

Bouhain Abdelbaki

DICYNONE 500MG  
AMIM N° 41 DMP/21/A



6 118000 010425

CT maculone

57,00

Dicynone 500

68,00  
Dicynone

Agla x 3/10

125,00

57,00

76, Bd. Abdelmoumen - Résidence Koutoubia, 1<sup>ère</sup> Etage - Casablanca

Tél. : 05 22 99 46 00 - 05 22 99 00 15



**PROFESSEUR LAOUISSI NADIA**

Spécialiste en Ophtalmologie, Maladies et Chirurgie des Yeux  
Ex. Enseignante à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de CASA  
Ex. Attachée au CHU de NANTES (FRANCE)  
Chirurgie du Strabisme

**Casablanca, le 28/05/2020**

**Facture**

**Nom et Prénom du patient : BOUNAIM ABDELLILAH**

**Acte : OCT maculaire**

**Honoraire du : Pr. LAOUISSI NADIA : 1200.00 Dh.**

**Dr. LAOUISSI Nadia**  
Professeur en Ophtalmologie  
Sise à 76 Boulevard Abdelmoumen  
Résidence Koutoubia  
Tél : 0522.99.46.00

76, Boulevard Abdel Moumen - Résidence Koutoubia 1<sup>er</sup> étage Casablanca  
Télé : 022-99-46-00

NOM: **ABDELLAH BOUNAIM**  
 ID: **AUTO20200528134608**  
 DOB: **01-10-1954**  
 Age: **65**

Exam date: 28-05-2020  
 Sexe: Mâle  
 Oeil: Gauche

Commentaires:

*hémorragie centro-maculaire  
 sans signes de néovascularisation*

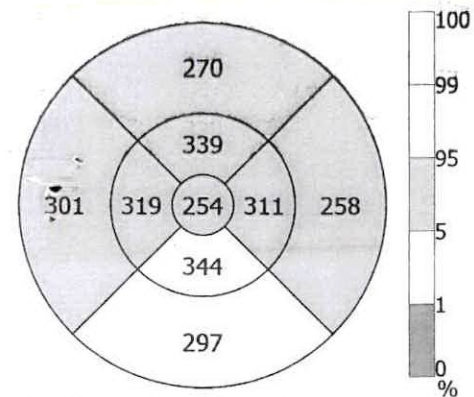
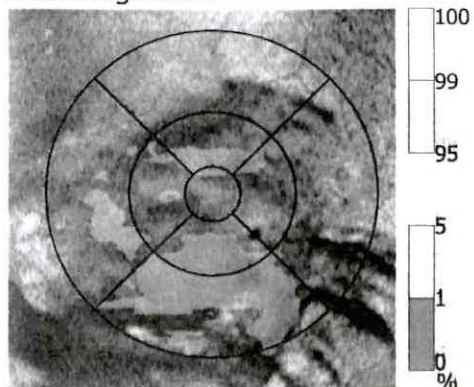
CIAM (CENTRE INTERNATIONAL DES  
 APPÉTITUDES MÉDICALES)  
 119 BD ABDELMOUMEN QUARTIER  
 DES HOPITAUX MAARIF CASA  
 0522474646



**L** 28-05-2020 13:41:25 QI: 2  
 3D 7x7 mm

RÉTINE | SINGLE

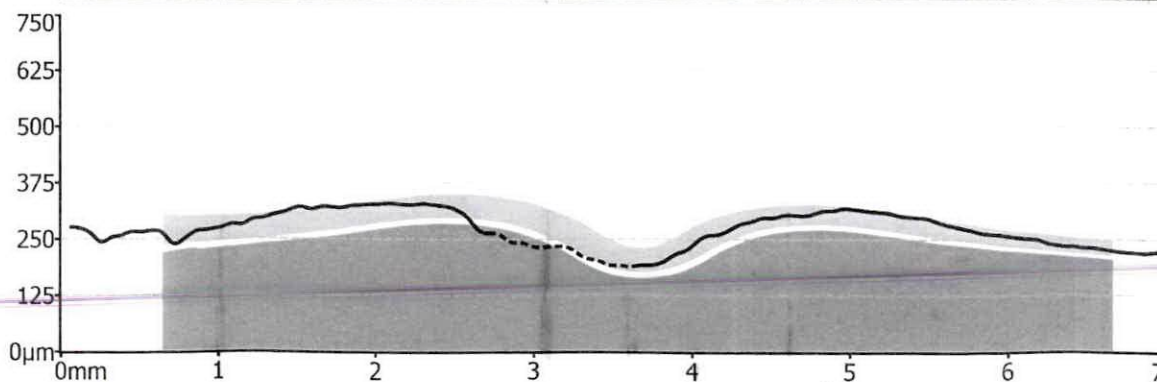
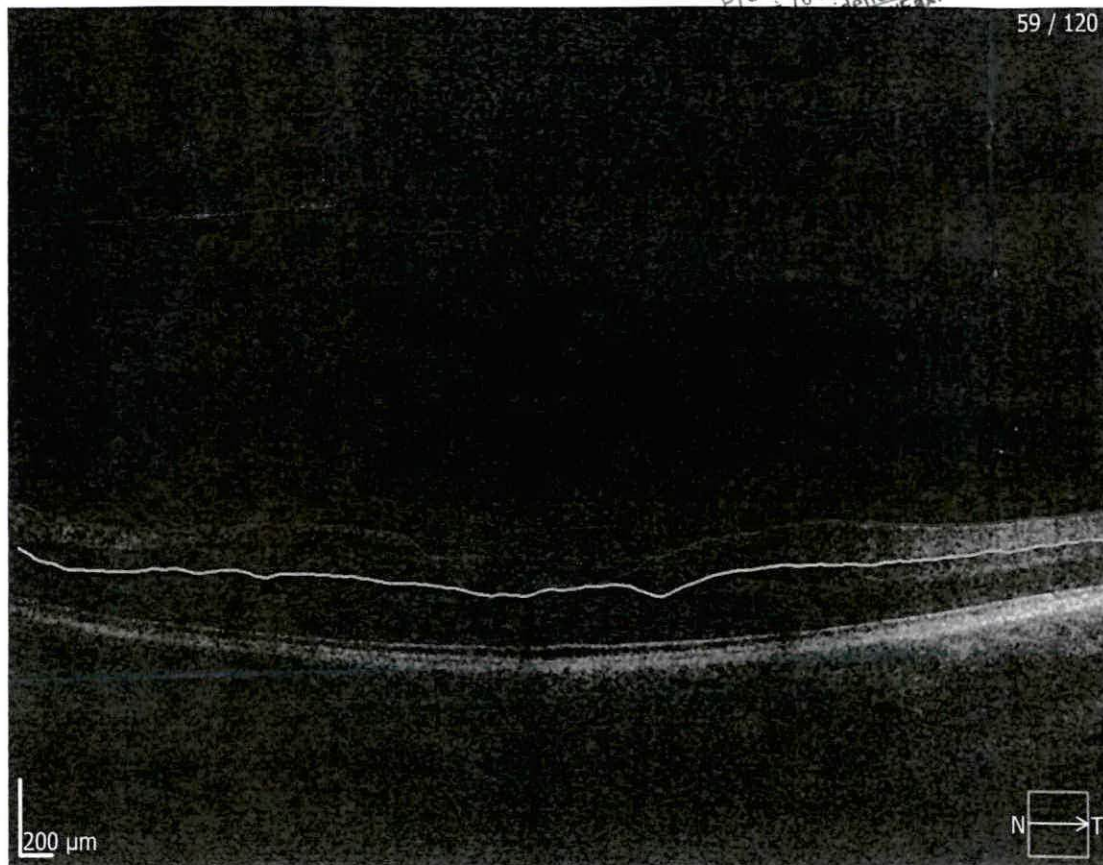
Retina Significant



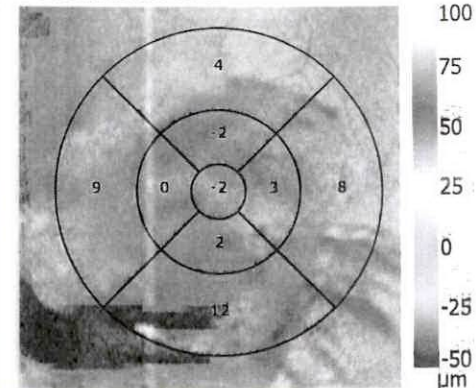
1/3/6 mm

Moyenne

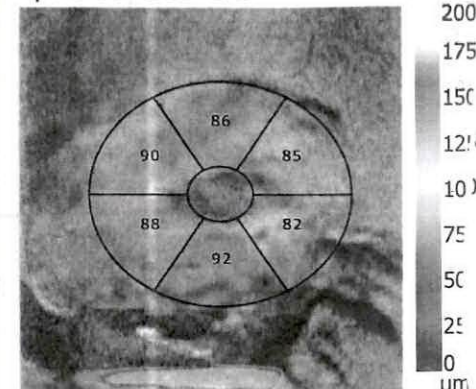
ILM - OS/RPE mesures	
Minimum in Fovea [ $\mu\text{m}$ ]	208
Secteur central [ $\mu\text{m}$ ]	254
Epaisseur zone [ $\mu\text{m}$ ]	291
Volume [ $\text{mm}^3$ ]	8.23



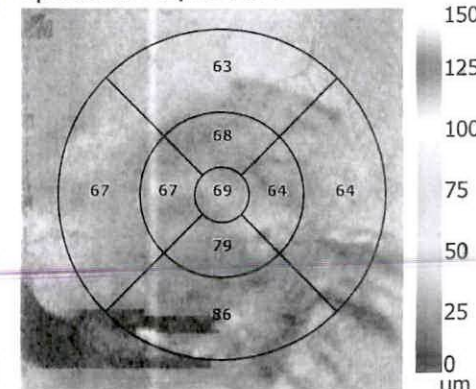
Déformation RPE



Epaisseur GCL+IPL



Epaisseur MZ/EZ-RPE





NOM: **ABDELLAH BOUHAIM**  
 ID: **AUTO20200528134608**  
 DOB: **01-10-1954**  
 Age: **65**

Exam date: 28-05-2020  
 Sexe: **Mâle**  
 Oeil: **Droite**

Commentaires:

*bonne dépression foveale*  
*RAS*

CENTRE INTERNATIONAL DES  
 APPETITUDES MEDICALES)  
 119 BD ABDELMOUMEN QUARTIER  
 DES HOPITAUX MAARIF CASA  
 0522474646



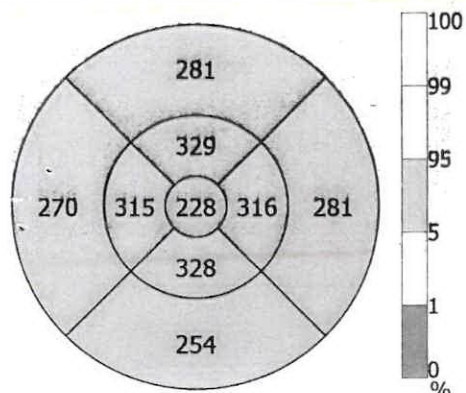
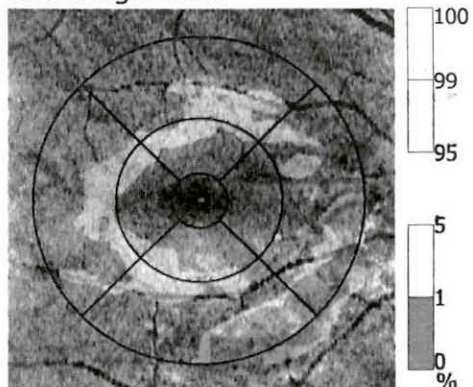
**R**

28-05-2020 13:41:51 QI: 10

3D 7x7 mm

RÉTINE | SINGLE

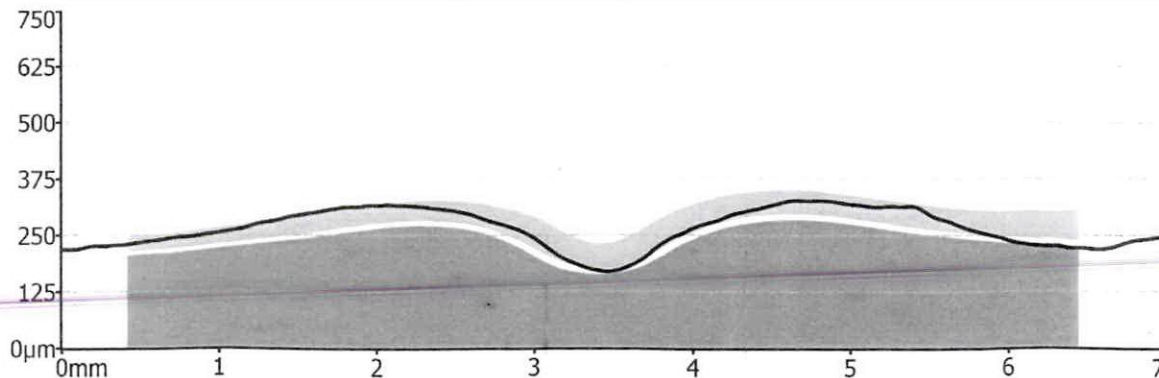
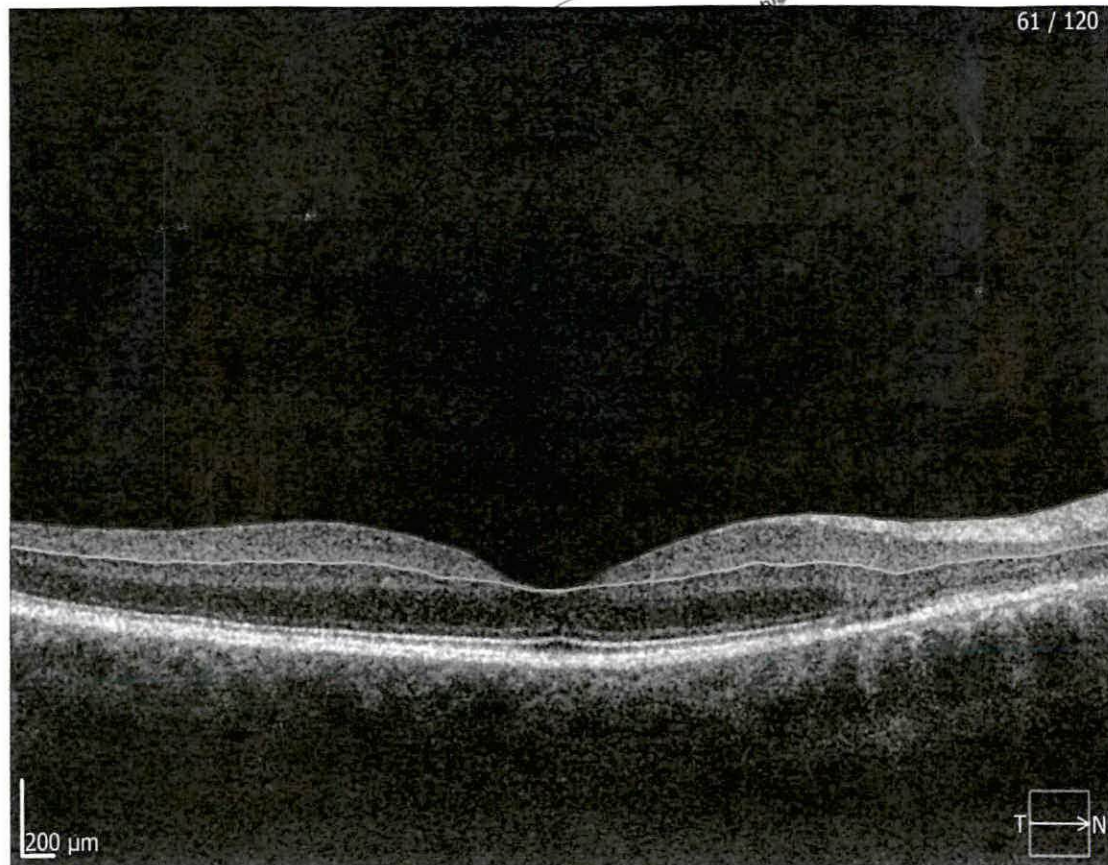
Retina Significant



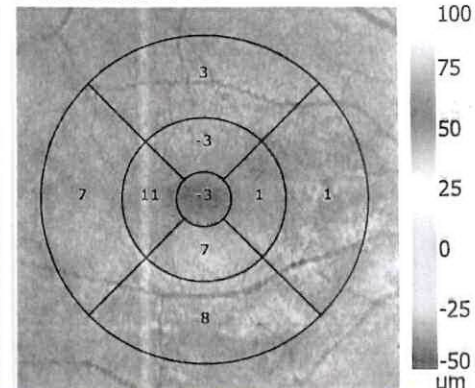
1/3/6 mm

Moyenne

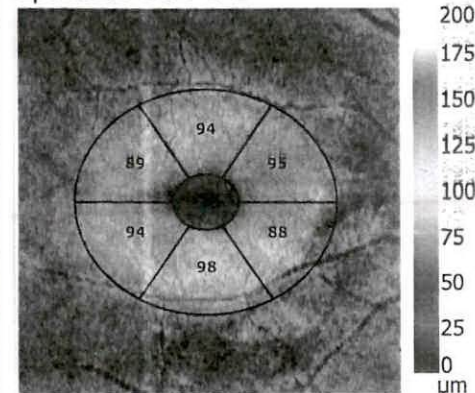
ILM - OS/RPE mesures	
Minimum in Fovea [ $\mu\text{m}$ ]	173
Secteur cenral [ $\mu\text{m}$ ]	228
Epaisseur zone [ $\mu\text{m}$ ]	281
Volume [ $\text{mm}^3$ ]	7.96



Déformation RPE



Epaisseur GCL+IPL



Epaisseur MZ/EZ-RPE

