

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 canalaire, 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 canalaire.

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

61EUR

Autres

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4527

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Abdell(ati)

HAFIDI

Date de naissance :

19/03/56

Adresse :

39 LOT 21N TAMB

CASABLANCA

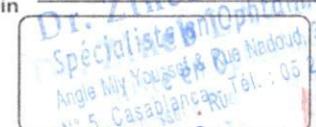
Tél. : 0661294676

Total des frais engagés :

(500 + 500) 1000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

12/02/2021

Nom et prénom du malade :

HAFIDI ABDELLATI

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

consultation ophtalmologique

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 : les 28/02/2021

Le : 28/02/2021

Signature de l'adhérent(e) :

HAFIDI

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
12 FEV 2022	S + FU		300DH	INP : <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale - Rabat - Tél. : 05 22 23 11 11

ANALYSES - RADIOPHARIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. Z... Spécialiste Anglo-Nil. N° 5, Casablanca - 10000	12 FEV 2001	Echographie + Biopsie	500 DH

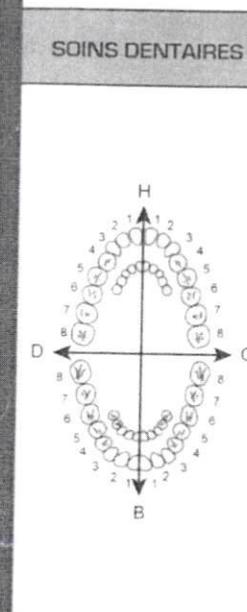
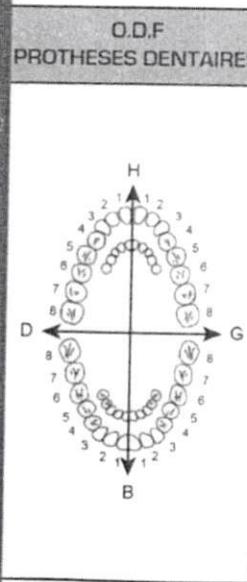
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prie de préciser la dent traitée, l'acte pratique 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 style="width: 100px;" type="text"/>												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/> FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>												
	ODF PROTHESES DENTAIRES DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> </table> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/> DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>
		H	G													
		25533412	21433552													
		00000000	00000000													
		D	G													
		00000000	00000000													
		35533411	11433553													
		B														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DR ZINEB LAZRAK

SPÉCIALISTE EN OPHTALMOLOGIE

Lauréat de faculté de médecine de casablanca
Ex medecin attachée à l'hôpital universitaire de Brest

Chirurgie de la cataracte
Ophtalmologie pédiatrique
Chirurgie refractive
Contactologie
Maladies rétiniennes
Angiographie numérisée
OCT - Laser - Topographie cornéenne



الدكتورة زينب الأزرق

اختصاصية طب و جراحة العيون

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

طبيبة سابقة بالستشفى الجامعي ببرست فرنسا

جراحة الجلاة

طب عيون الأطفال

تصحيح البصر

العدسات اللاصقة

أمراض الشبكية

فحص و تصوير شبكي العين

اللазر - فحص القرنية

Casablanca le :

12/02/2021

Hofidi

ABdeljalil

Dr. Zineb LAZRAK

Spécialiste en Ophtalmologie

Angle Mly Youssef & Rue Nadoud, 3ème étage

N° 5, Casablanca - Tél. : 05 22 47 53 90

for close

elmo - Broomk lie Fchuré
o Soot (cm 9 p hom)
Oest 4th hom

Dr. Zineb LAZRAK,

Spécialiste en Ophtalmologie

Angle Mly Youssef & Rue Nadoud, 3ème étage

N° 5, Casablanca - Tél. : 05 22 47 53 90

ملتقى شارع مولاي يوسف و زنقة النادود الطابق الثالث رقم 5 (قرب رونو) - الهاتف : 0522 47 53 90

Angle Bd.Moulay Youssef & Rue Nadoud 3^{eme} Etage N°5 (à côté de renault) - Casablanca - Tél. : 0522 47 53 90

البريد الإلكتروني : Urgence : 0660 46 15 70 - Email : dr.lazrakzineb@gmail.com



Printed: 2/12/2021

Facility: DR LAZRAK
 Physician: ZINEB, DR.LAZRAK
 User:
 Exam Date: 2/12/2021

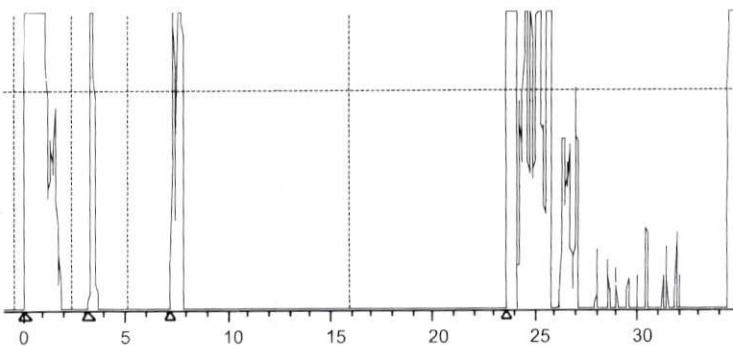
Patient: HAFIDI, ABDELLATIF
 ID: CAT OD
 DOB: 1956.07.19
 Remark:

OD Phakic

	AXL	ACD	Lens	VCD
1	23.99	3.41	4.63	15.95
2	23.83	3.22	4.32	16.29
3	23.73	3.14	4.30	16.29
4	23.77	3.20	4.30	16.27
5	23.72	3.17	4.25	16.30
Avg	23.81	3.23	4.36	16.22
Dev	0.11	0.11	0.15	0.15

Waveform #5

AXL: 23.72 mm
 ACD: 3.17 mm
 Lens: 4.25 mm
 VCD: 16.30 mm
 2/12/2021
 5:37:01 AM
 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	119.20	118.80	118.40	118.60	
5.67	5.67	5.43	5.20	5.32	
1.903	1.903	1.676	1.450	1.563	
5.71	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	119.20	118.80	118.40	118.60	
5.67	5.67	5.43	5.20	5.32	
Power	Refr	Power	Refr	Power	Refr
20.00	0.65	19.50	0.68	19.00	0.72
20.50	0.32	20.00	0.34	19.50	0.37
*21.00	-0.01	*20.50	0.00	*20.00	0.03
21.50	-0.35	21.00	-0.35	20.50	-0.33
22.00	-0.69	21.50	-0.69	21.00	-0.68
20.98	20.50	20.04	20.27	20.27	20.27
20.98	20.50	20.04	20.27	20.27	20.27

IOL Formula: SRK/T

Rx Surgery: No
 AXL Used: Average
 AXL: 23.81 mm

K1: 42.75 D

K2: 43.50 D

K Index: 1.3375

Target: 0.00 D

Phakic Eye Type

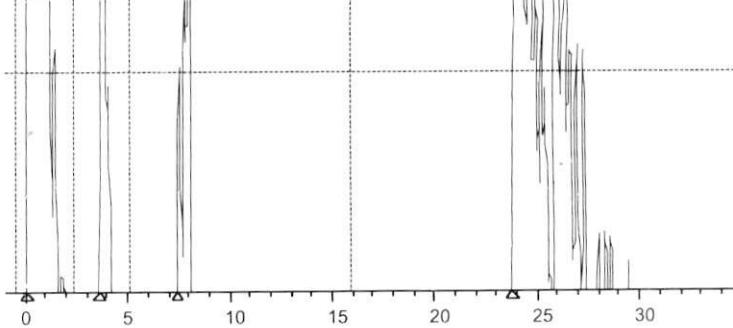
	Material	Velocity	Lens (mm)
AC	Aqueous	1532	
Lens	Phakic	1641	Measured
VC	Vitreous	1532	

OS Phakic

	AXL	ACD	Lens	VCD
1	24.18	3.68	4.43	16.07
2	24.05	3.71	4.02	16.32
3	23.87	3.45	4.38	16.04
4	23.84	3.45	4.38	16.01
5	23.91	3.57	4.07	16.27
Avg	23.97	3.57	4.26	16.14
Dev	0.14	0.12	0.19	0.14

Waveform #5

AXL: 23.91 mm
 ACD: 3.57 mm
 Lens: 4.07 mm
 VCD: 16.27 mm
 2/12/2021
 5:37:14 AM
 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	119.20	118.80	118.40	118.60	
5.67	5.67	5.43	5.20	5.32	
1.903	1.903	1.676	1.450	1.563	
5.71	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	119.20	118.80	118.40	118.60	
5.67	5.67	5.43	5.20	5.32	
Power	Refr	Power	Refr	Power	Refr
19.00	0.80	19.00	0.51	18.50	0.55
19.50	0.47	19.50	0.17	19.00	0.21
*20.00	0.14	*20.00	-0.17	*19.50	-0.14
20.50	-0.19	20.50	-0.51	20.00	-0.49
21.00	-0.53	21.00	-0.86	20.50	-0.84
20.22	19.75	19.30	19.53	19.53	19.53
20.22	19.75	19.30	19.53	19.53	19.53

IOL Formula: SRK/T

Rx Surgery: No
 AXL Used: Average
 AXL: 23.97 mm

K1: 43.00 D

K2: 43.75 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

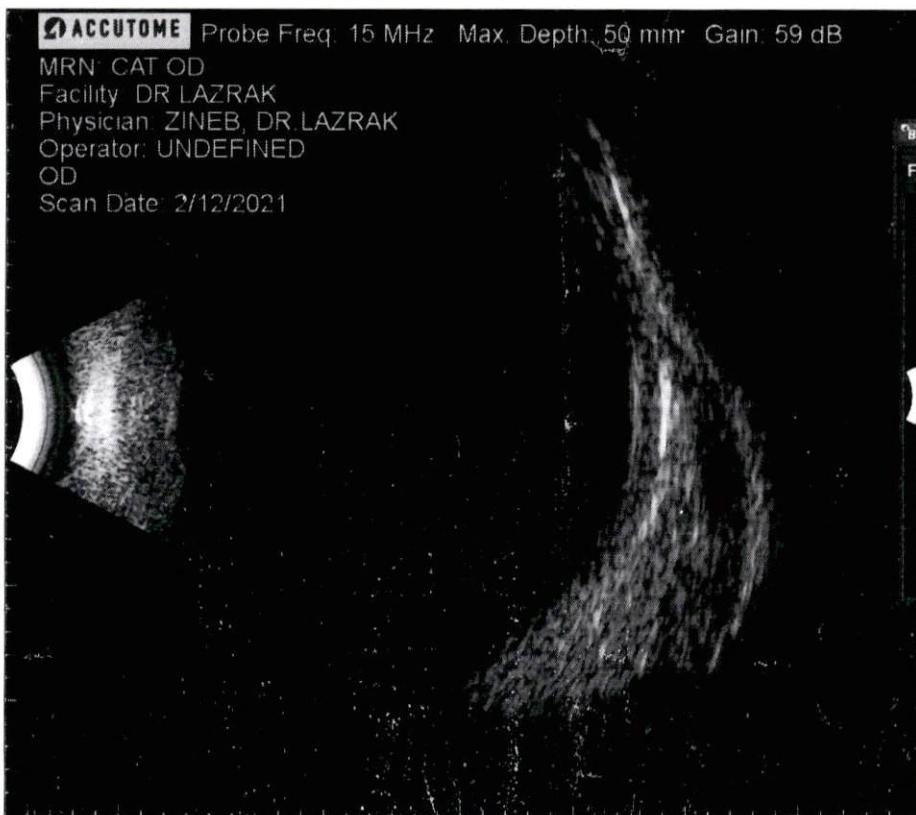
SF: Version 2.06.04-U FW: 1.00



Printed: 2/12/2021

Facility: DR LAZRAK
Physician: ZINEB, DR.LAZRAK
User:
Exam Date: 2/12/2021

Patient: HAFIDI, ABDELLATIF
ID: CAT OD
DOB: 1956.07.19
Remark:



Accutome 4sight B-Scan Report

SF: Version 2.06.04-U

Probe Frequency: 12/15 MHz

DR LAZRAK
Ophtalmologist
10 rue Nadou, Jemâa el fna
Casablanca, Tel : 05 22 47 53 90