

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

- Reclamation : 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° W19-433064

Dos n°
63426

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 1929

Matricule : 1929 Société : RATM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Zaghoul Mohamed L

Date de naissance : 14/10/56

Adresse : Lotissement Laimoun 1 Lot 445 Casablanca

Tél. : 06 187641 Total des frais engagés : 2500 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Zaghoul Nahia Age : /

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection Oncologique

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) : [Signature]

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-433064

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 : 1929

Nom de l'adhérent(e) : Zaghoul Mohamed L

Total des frais engagés : 2500 Dhs

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 Médecin attestant le Paiement des Actes
03/02/2011	Cat K20 Lymphome Général Tapa (Alger)		25000	INF : 1000003147

[illegible][illegible][illegible]

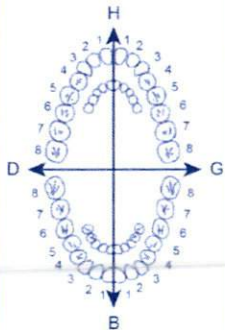
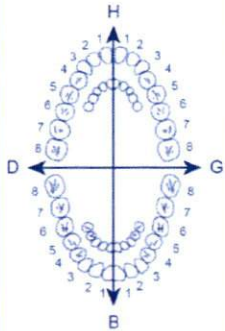
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				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"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



CENTRE D'OPHTALMOLOGIE DE CASABLANCA

Docteur Nezha MIYARA

Docteur Abderrahmane RAISS

Lauréats de l'Université Libre de Bruxelles

Dr. Abderrahmane RAISS

Chirurgie de la Cataracte par Phacoémulsification
Chirurgie de la Myopie, Astigmatisme, Hypermétropie,
Presbytie (Laser - Implant)

الدكتور الرايس عبد الرحمان

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون
جراحة المياه البيضاء (الجلالة)
علاج قصر البصر بالليزر أو العدسة

Casablanca; le

Reçu de caisse N° : 281474976717578

fathia

Identifiant patient	Nom du patient	Date encaissement
PT21020116483 2	ZAGHLOUL Nabiha	03/02/2021
Mode Règlement	Motif / Référence de paiement	Montant Dhs
Carte Bancaire	CS+FF REF PHACO	2 500,00
Reçu établi par :	Total payé	2 500,00



Patient : ZAGHLOUL NABIHA

Chirurgien : RAISS ABDERRAHMANE

Patient ID : ZN

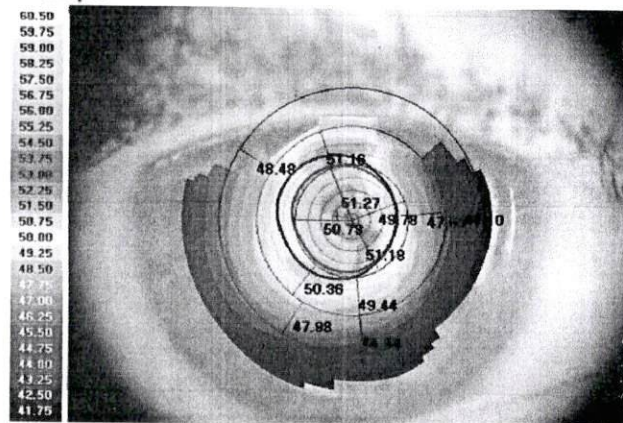
Date Examen : 03/02/2021 - 13:55

Date de Naissance: 14/07/1959

(jj/mm/aaaa)

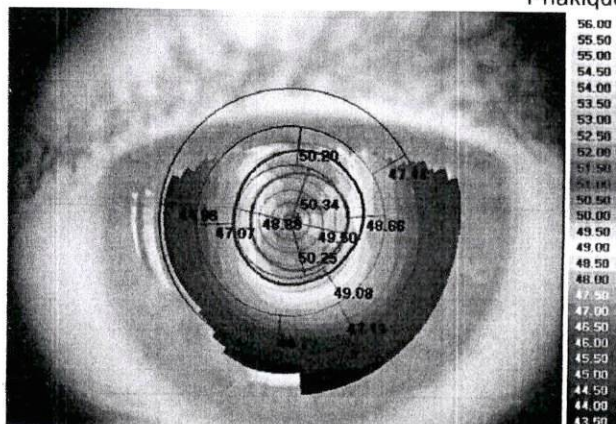
OD

Phakique



OS

Phakique



D

Carte Normalisée Carte Normalisée

D

Synthèse des mesures

AL 21.00mm K1 50.11D 13°
ACD 2.78mm K2 51.26D 103°
LT 4.84mm CCT 0.562mm
WTW 10.92mm Dec (-0.36, -0.40)

AL 21.07mm K1 49.15D 175°
ACD 2.83mm K2 50.24D 85°
LT 4.65mm CCT 0.574mm
WTW 10.86mm Dec (0.41, -0.19)

Index Kérato-réfractifs

CYL 3 mm 0.86 D Ax: 114°
CYL 5 mm 1.46 D Ax: 98°

CYL 3 mm 1.06 D Ax: 82°
CYL 5 mm 1.55 D Ax: 90°

SD 1.30 D SAI 0.43 D e 0.95 Kc 51.61

SD 0.81 D SAI 0.19 D e 0.93 Kc 50.16

Criblage du kératocône

AK 52.87 D AGC 4.08 D/mm OUI -1.66 D p 82%

AK 50.64 D AGC 2.59 D/mm OUI -1.85 D p 74%

Pupille

Photo: Diamètre 2.78 mm Dec (-0.18, 0.08)mm
Meso: Diamètre 3.20 mm Dec (-0.38, 0.11)mm

Photo: Diamètre 2.57 mm Dec (0.21, 0.00)mm
Meso: Diamètre 3.48 mm Dec (0.18, 0.11)mm

Zernike Analysis 5 mm

Mappe d'Aberrations



rms 0.99 µm

Coma



rms 0.39 µm

Ab. Sphér.



rms 0.15 µm

Mappe d'Aberrations



rms 0.58 µm

Coma



rms 0.24 µm

Ab. Sphér.



rms 0.23 µm



Patient : ZAGHLOUL NABIHA

Patient ID : ZN

Date de Naissance : 14/07/1959
(jj/mm/aaaa)

OD

Phakique

Mesures

n : 1.3375

Aladdin Optique

AL : 21.00mm K1 : 50.11D @ 13°
ACD : 2.78mm K2 : 51.26D @ 103°
LT : 4.84mm CYL : 1.15D ax 103°
CCT : 0.562mm AvgK : 50.69D
WTW : 10.92mm

Cible réfractive : 0

Alcon
SN60WF

Barrett Universal II	
IOL(D)	RÉF.(D)
21.00	0.65
21.50	0.32
22.00	-0.01
22.50	-0.35
23.00	-0.70

IOL @ Cible

21.98

LF = 1.884
A = 119.000

EYECRYL PLUS
HSAS 4X4

Barrett Universal II	
IOL(D)	RÉF.(D)
20.50	0.52
21.00	0.18
21.50	-0.17
22.00	-0.52
22.50	-0.87

IOL @ Cible

21.26

LF = 1.569
A = 118.400

IOL(D)	RÉF.(D)

IOL @ Cible

IOL(D)	RÉF.(D)

IOL @ Cible

IOL(D)	RÉF.(D)

IOL @ Cible

Topcon Europe Medical bv

Chirurgien : RAISS ABDERRAHMANE

Date Examen : 03/02/2021 - 13:55
(jj/mm/aaaa)

OS

Phakique

Mesures

n : 1.3375

Aladdin Optique

AL : 21.07mm K1 : 49.15D @ 175°
ACD : 2.83mm K2 : 50.24D @ 85°
LT : 4.65mm CYL : 1.08D ax 85°
CCT : 0.574mm AvgK : 49.70D
WTW : 10.86mm

Cible réfractive : 0

Alcon
SN60WF

Barrett Universal II	
IOL(D)	RÉF.(D)
22.00	0.64
22.50	0.31
23.00	-0.03
23.50	-0.38
24.00	-0.73

IOL @ Cible

22.95

LF = 1.884
A = 119.000

EYECRYL PLUS
HSAS 4X4

Barrett Universal II	
IOL(D)	RÉF.(D)
21.00	0.84
21.50	0.50
22.00	0.15
22.50	-0.20
23.00	-0.56

IOL @ Cible

22.22

LF = 1.569
A = 118.400

IOL(D)	RÉF.(D)

IOL @ Cible

IOL(D)	RÉF.(D)

IOL @ Cible

IOL(D)	RÉF.(D)

IOL @ Cible

ID: 00000002263

Name: nabiha zaghloul

Ethnicity:

Gender:

DOB:

Technician:

Captured Position: Center

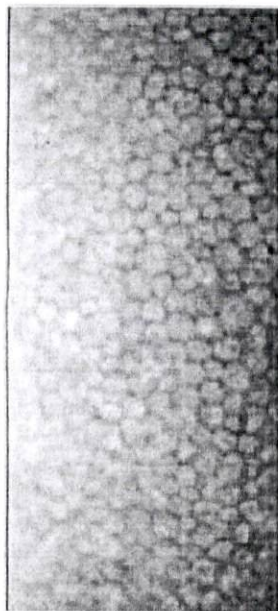
Age:

OD(R)

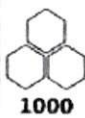
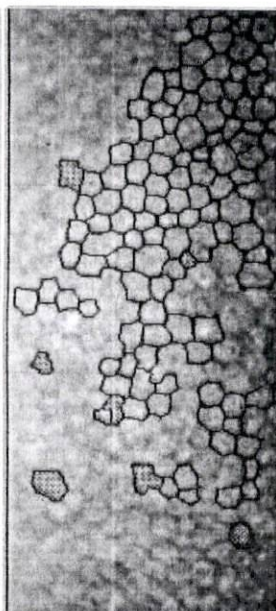
Auto Analysis

Capture Date: 03/02/2021 12:35:13

Photographic of Endothelium



Traced Endothelium



1000



1500



2000

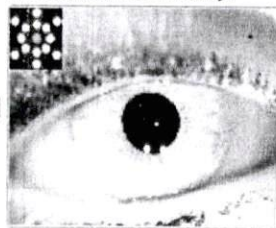


2500



3000

Photographic of Anterior eye



CCT 549

(μm)

CD 2753

(cells/mm²)

CV 33

(%)

HEX 54

(%)

N 109

(cells)

MIN 165

(μm²)

MAX 696

(μm²)

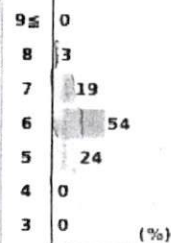
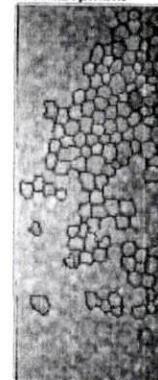
AVG 363

(μm²)

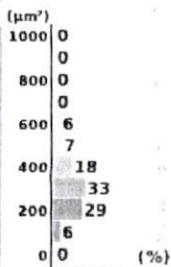
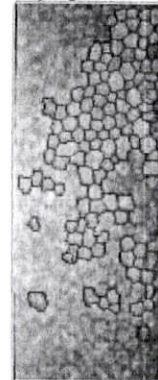
SD 120

(μm²)

Pleomorphism



Polymegathism



Comments:

Signature:

Date:



ID: 00000002263

Name: nabiha zaghloul

Ethnicity:

Gender:

DOB:

Technician:

Captured Position: Center

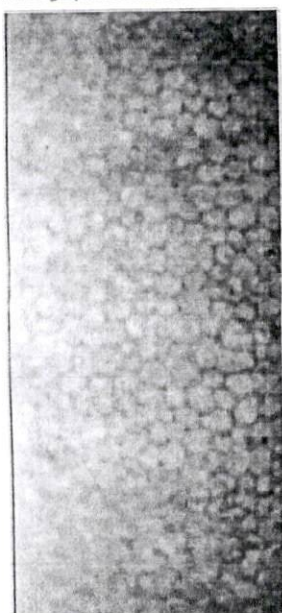
Age:

OS(L)

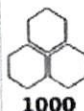
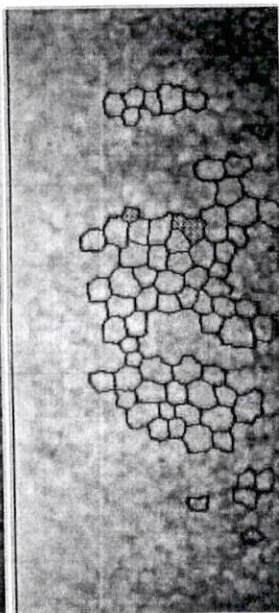
Auto Analysis

Capture Date: 03/02/2021 12:35:33

Photographic of Endothelium



Traced Endothelium



1000



1500



2000

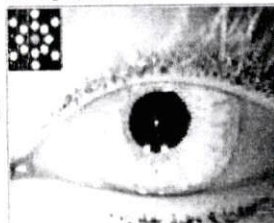


2500



3000

Photographic of Anterior eye



CCT 556

(μm)

CD 2660

(cells/mm²)

CV 31

(%)

HEX 60

(%)

N 66

(cells)

MIN 164

(μm²)

MAX 682

(μm²)

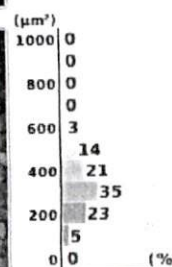
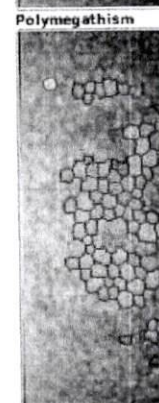
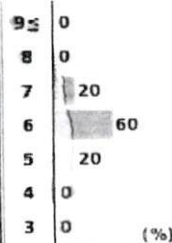
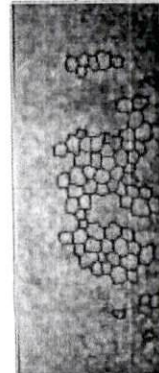
AVG 376

(μm²)

SD 117

(μm²)

Pleomorphism



Comments:

Signature:

Date:

