

## 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

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° W21-623323

66270

<input type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>
<b>Cadre réservé à l'adhérent(e)</b>		
Matricule : <b>10917</b>	Société : <b>RAM</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : <b>CHETOUANY SAID</b>		
Date de naissance : <b>31/03/1973</b>		
Adresse : <b>58, Rue Ibn Al Faïs Al Sâlih Casablanca</b>		
Tél. : <b>0661 28 54 69</b> Total des frais engagés : <b>112</b> DHS		

<b>Cadre réservé au Médecin</b>	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : <b>25/03/2011</b>	
Nom et prénom du malade : <b>Professeur en Ophthalmologie SAID CHETOUANY</b>	
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint	
Nature de la maladie : <b>Affection oculaire</b>	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	
Dans le cas où la maladie adrait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous ce caractère à l'attention du médecin conseil dans la Mutuelle.	

J'atteste sur l'honneur l'exhaustivité des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.  
**Fait à :** **To Rio**  
**Signature de l'adhérent(e) :**

<b>VOLET ADHÉRENT</b>	
Déclaration de maladie N° W21-623323	
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 : <b>10917</b>	Accusé de réception : <b>TO RIO</b>
Nom de l'adhérent(e) : <b>CHETOUANY</b>	Total des frais engagés :
Date de dépôt :	

## 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
25-03-2021	3		300DH	INP 09MS569849 AOUISSAÏ El MOUNAOUI Signature : 0322994600

## **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
CLINIQUE A Angle Rue d'Abd el Kader Mansar d' Ouazzane Casablanca 77 77 49/49 - Fax: 65 22 55 99 01	25/03/21	T-PO	1200.00 Dhs

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## VOLET ADHERENT

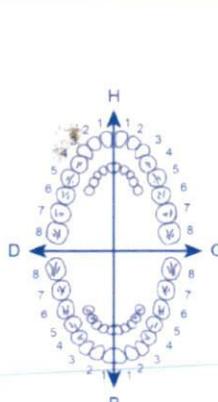
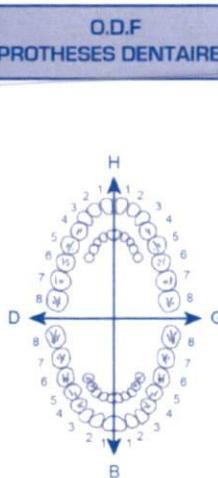
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## 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"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	B 35533411 11433553	<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>

# 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  
Agree en Médecine Aero spaciele

# الأستاذة لعويسى . ن

إختصاصي في أمراض وجراحة العيون  
أستاذة جامعية بكلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء  
ملحقة سابقا بالمستشفى الجامعي بنانت (فرنسا)  
جراحة الساد (الجلالة) بالأمواج فوق الصوتية  
تخطيط الشبكية الوعائي - جراحة تصحيح البصر بالليزر  
جراحة الحول

Casablanca, le : ..... 25.03.2021

CHETOUANY SAID



## FACTURE

N° : 5202 / 2021 du 25/03/2021

TOPOGRAPHIE

Nom patient CHETOUANY SAID Entrée 25/03/2021  
 PAYANT Sortie 25/03/2021

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
TOPOGRAPHIE	1.00		1 200.00	1 200.00
<b>Total Clinique</b>				<b>1 200.00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :	<b>Total</b>	<b>1 200.00</b>
MILLE DEUX CENTS DIRHAMS		

CLINIQUE AL MADINA  
 Angle Rue Mohamed Bahi et  
 Rue Mansard Quartier Palmiers  
 Casablanca Tél :05 22 77 77 40 à 49 -Fax :05 22 25 00 01  
 Rue Mansard Quartier Palmiers  
 Casablanca Tél:05 22 77 77 40/49 -Fax:05 22 25 00 01

Casa-le,25 /03/2021

**COMPTE RENDU : TOPOGRAPHIE CORNEENNE**

Patient : **CHETOUANY SAID**

Médecin correspondant : **DR LAOUISSI**

➤ **Oeil droit:**

La topographie cornéenne montre un Q à -1.35 avec une Pachymétrie de l'apex de 387 µm ; le rayon de corbure de la face post est à 3.97 mm

Pour l'indice ISV est à 89, le R min est à 5.63

- kératocône de stade 3

➤ **Oeil gauche:**

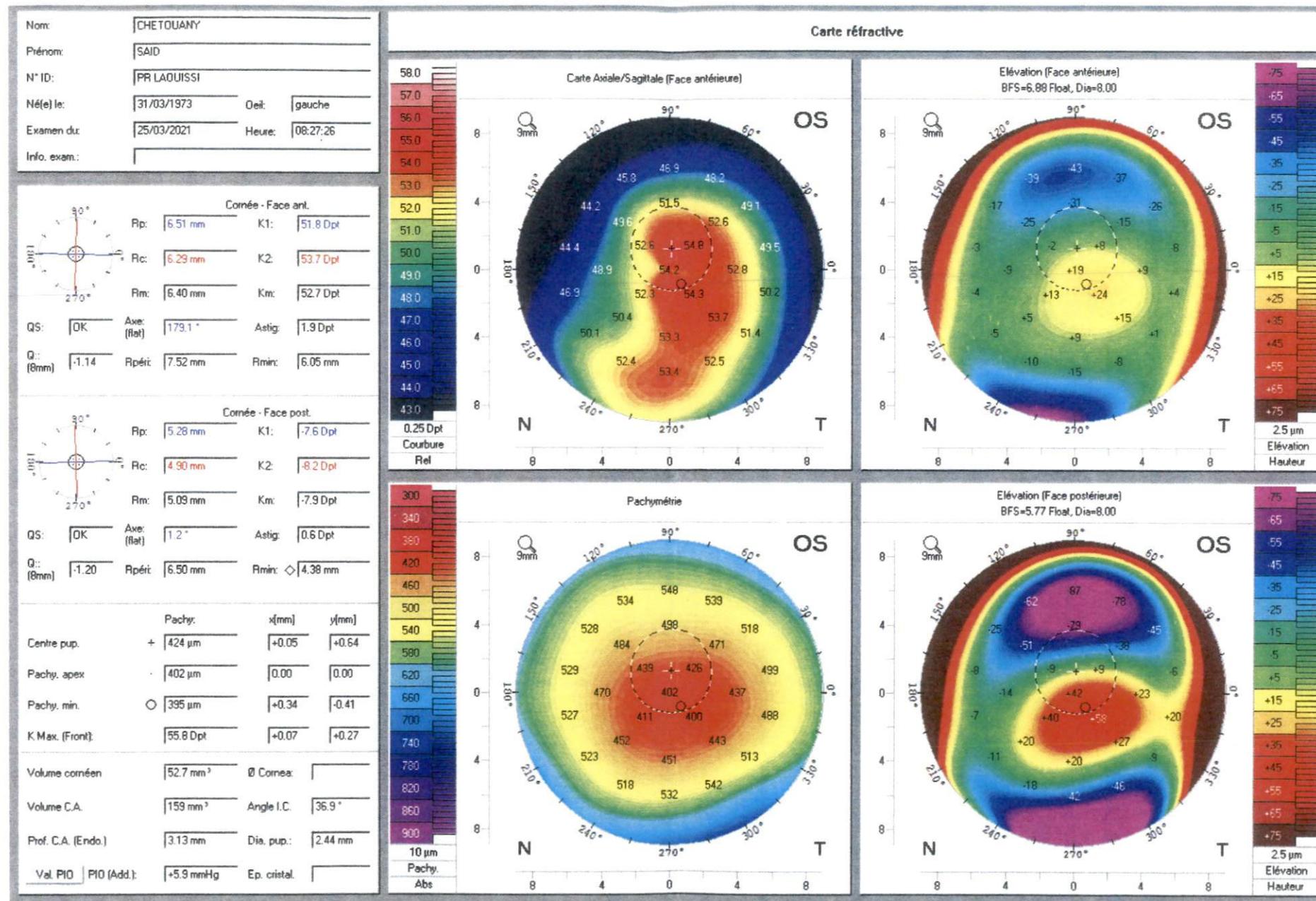
La topographie cornéenne montre un Q à -1.20 avec une Pachymétrie de l'apex de 402 µm ; le rayon de corbure de la face post est à 4.38 mm

Pour l'indice ISV est à 79 , le R min est à 6.05

- Dégénérescence pellucide marginale



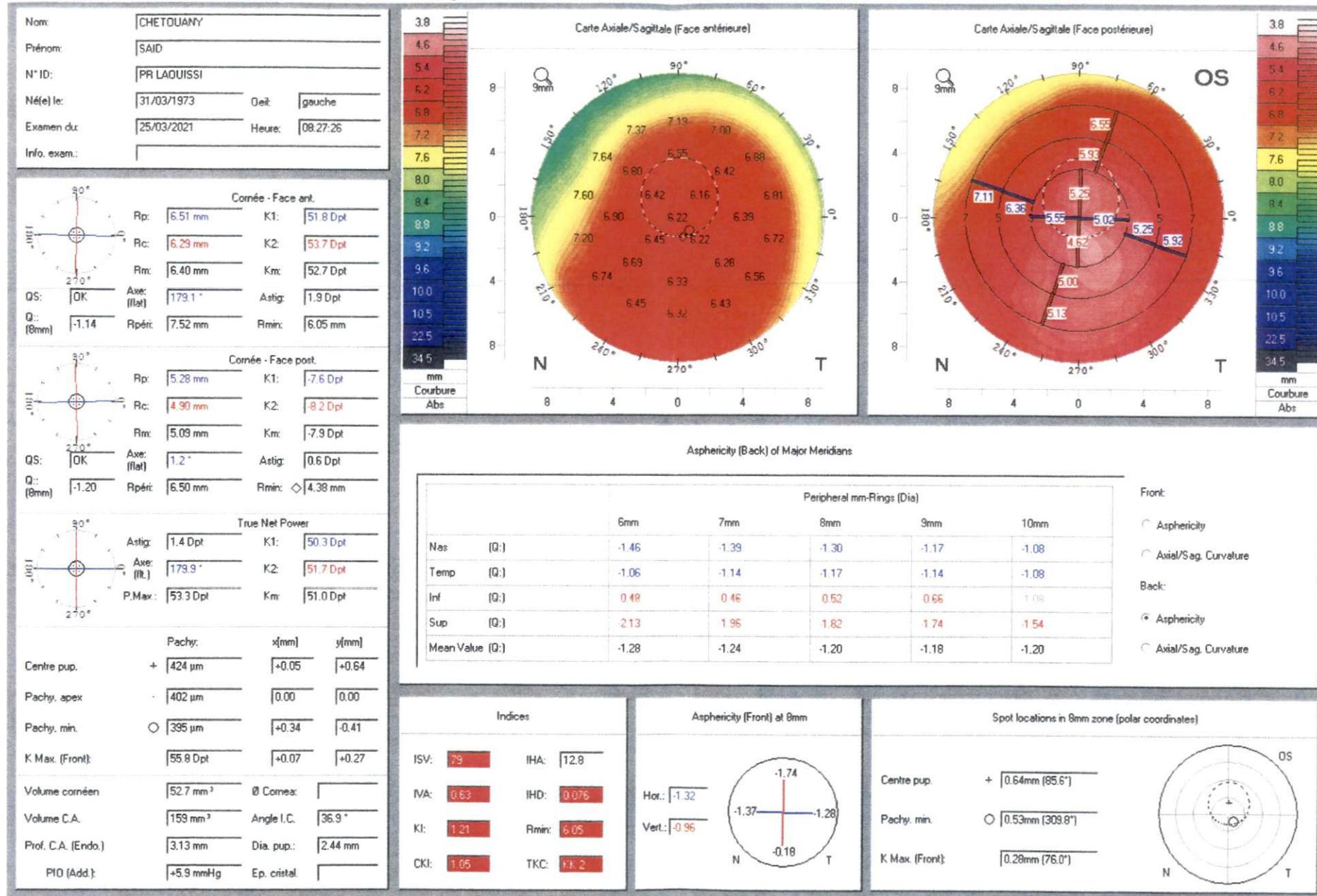
# OCULUS - PENTACAM 4 cartes réfractives



CLINIQUE AL MADINA, Centre d'ophtalmologie  
 Angle Rue Mohammed Bahi et Rue Mansard, Casablanca  
 Tel : 02 05 22 77 77 40/49



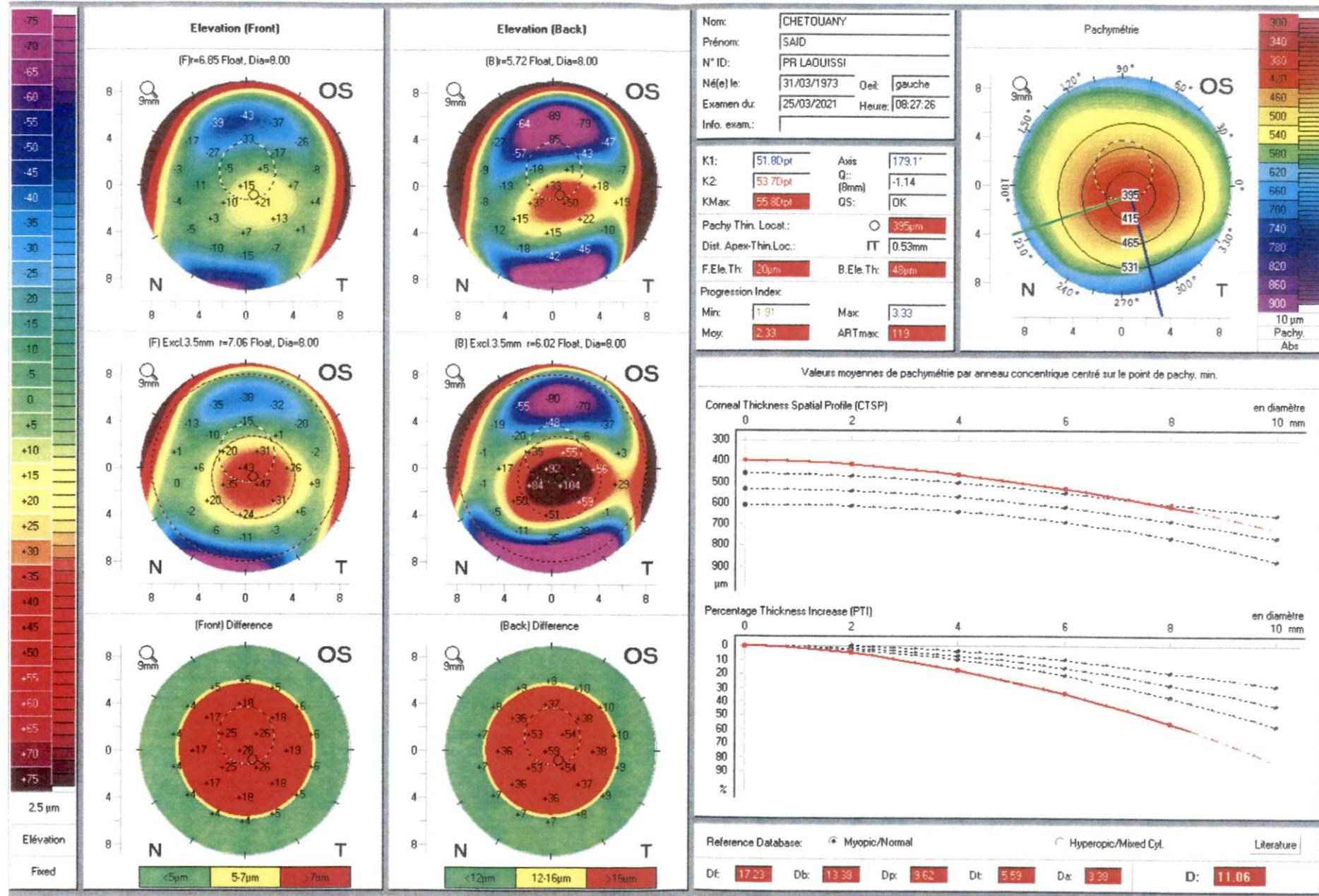
# OCULUS - PENTACAM Topometric



CLINIQUE AL MADINA, Centre d'ophtalmologie  
 Angle Rue Mohammed Bahi et Rue Mansard, Casablanca  
 Tel : 02 05 22 77 77 40/49



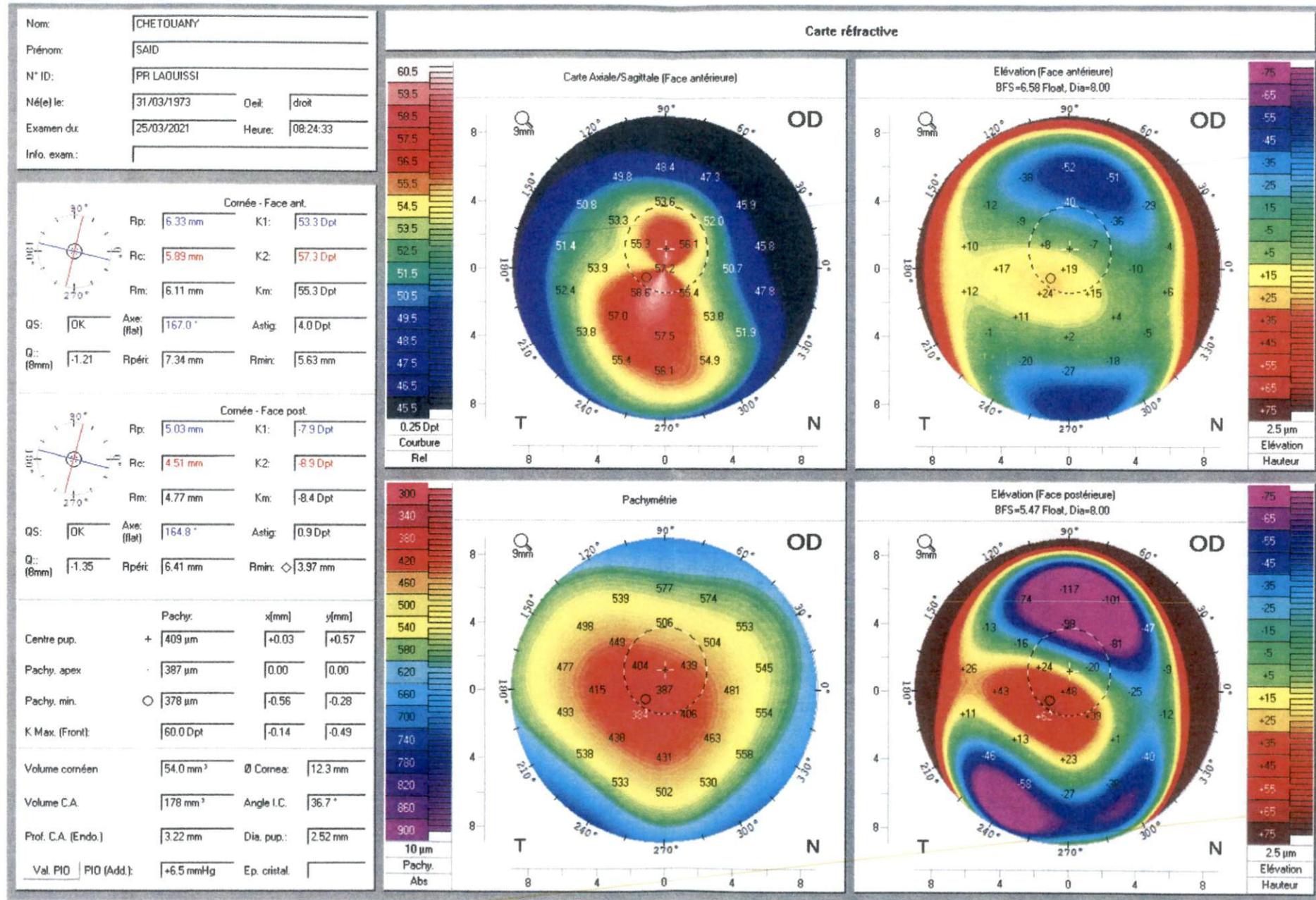
# OCULUS - PENTACAM Belin / Ambrósio Enhanced Ectasia



CLINIQUE AL MADINA, Centre d'ophtalmologie  
 Angle Rue Mohammed Bahi et Rue Mansard, Casablanca  
 Tel : 02 05 22 77 77 40/49



# OCULUS - PENTACAM 4 cartes réfractives



CLINIQUE AL MADINA, Centre d'ophtalmologie  
Angle Rue Mohammed Bahi et Rue Mansard, Casablanca  
Tel : 02 05 22 77 77 40/49



# OCULUS - PENTACAM Topometric

Nom:	CHETOUANY		
Prénom:	SAID		
N° ID:	PR LAOUSSI		
Né(e) le:	31/03/1973	Sexe:	droit
Examen du:	25/03/2021	Heure:	08:24:33
Info. exam.:			

**Cornée - Face ant.**

Rp:	6.33 mm	K1:	53.3 Dpt
Rc:	5.89 mm	K2:	57.3 Dpt
Rm:	6.11 mm	Km:	55.3 Dpt
Axe:	(flat)	Astig:	4.0 Dpt
Q:	-1.21	Rpéti:	7.34 mm
Q:	(8mm)	Rmin:	5.63 mm

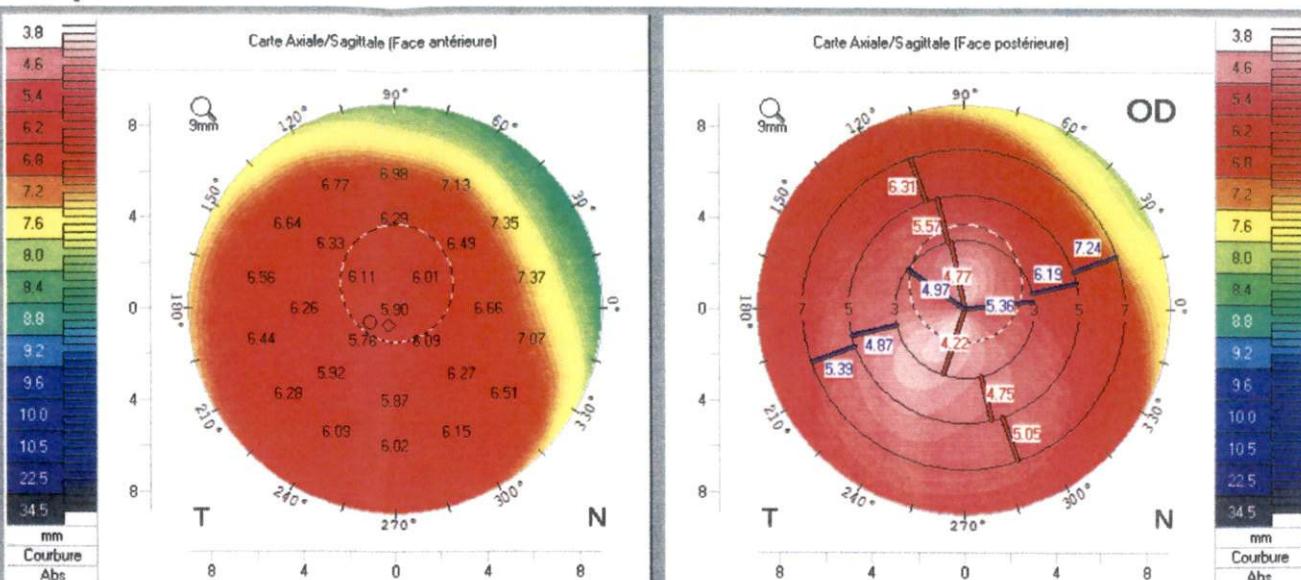
**Cornée - Face post.**

Rp:	5.03 mm	K1:	7.9 Dpt
Rc:	4.51 mm	K2:	8.9 Dpt
Rm:	4.77 mm	Km:	8.4 Dpt
Axe:	(flat)	Astig:	0.9 Dpt
Q:	-1.35	Rpéti:	6.41 mm
Q:	(8mm)	Rmin:	3.97 mm

**True Net Power**

Astig:	3.5 Dpt	K1:	51.6 Dpt
Axe:	(flat)	K2:	55.1 Dpt
P.Max.:	56.8 Dpt	Km:	53.4 Dpt

Pachy:	x[mm]	y[mm]	
Centre pup.	+ 409 µm	+ 0.03	+ 0.57
Pachy. apex	- 387 µm	0.00	0.00
Pachy. min.	○ 378 µm	- 0.56	- 0.28
K Max. (Front):	60.0 Dpt	- 0.14	- 0.49
Volume cornéen	54.0 mm <sup>3</sup>	Ø Cornea:	12.3 mm
Volume C.A.	178 mm <sup>3</sup>	Angle I.C.	36.7 °
Prof. C.A. (Endo.)	3.22 mm	Dia. pup.:	2.52 mm
PIO (Add.):	+ 6.5 mmHg	Ep. cristal.	

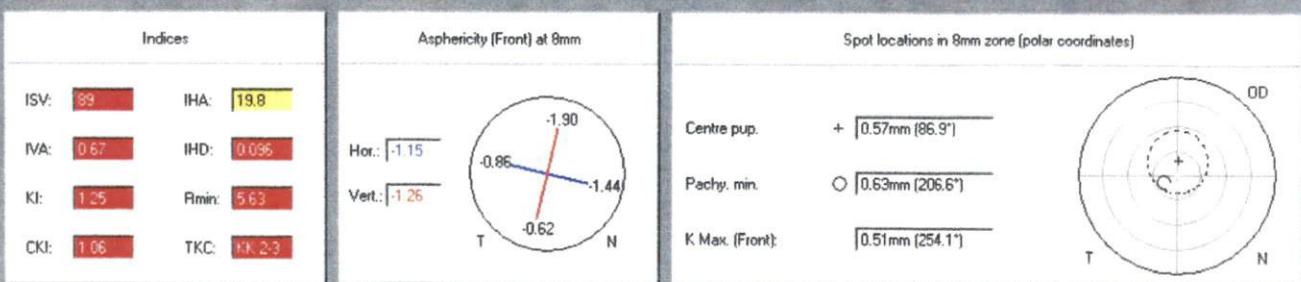


**Asphericity (Back) of Major Meridians**

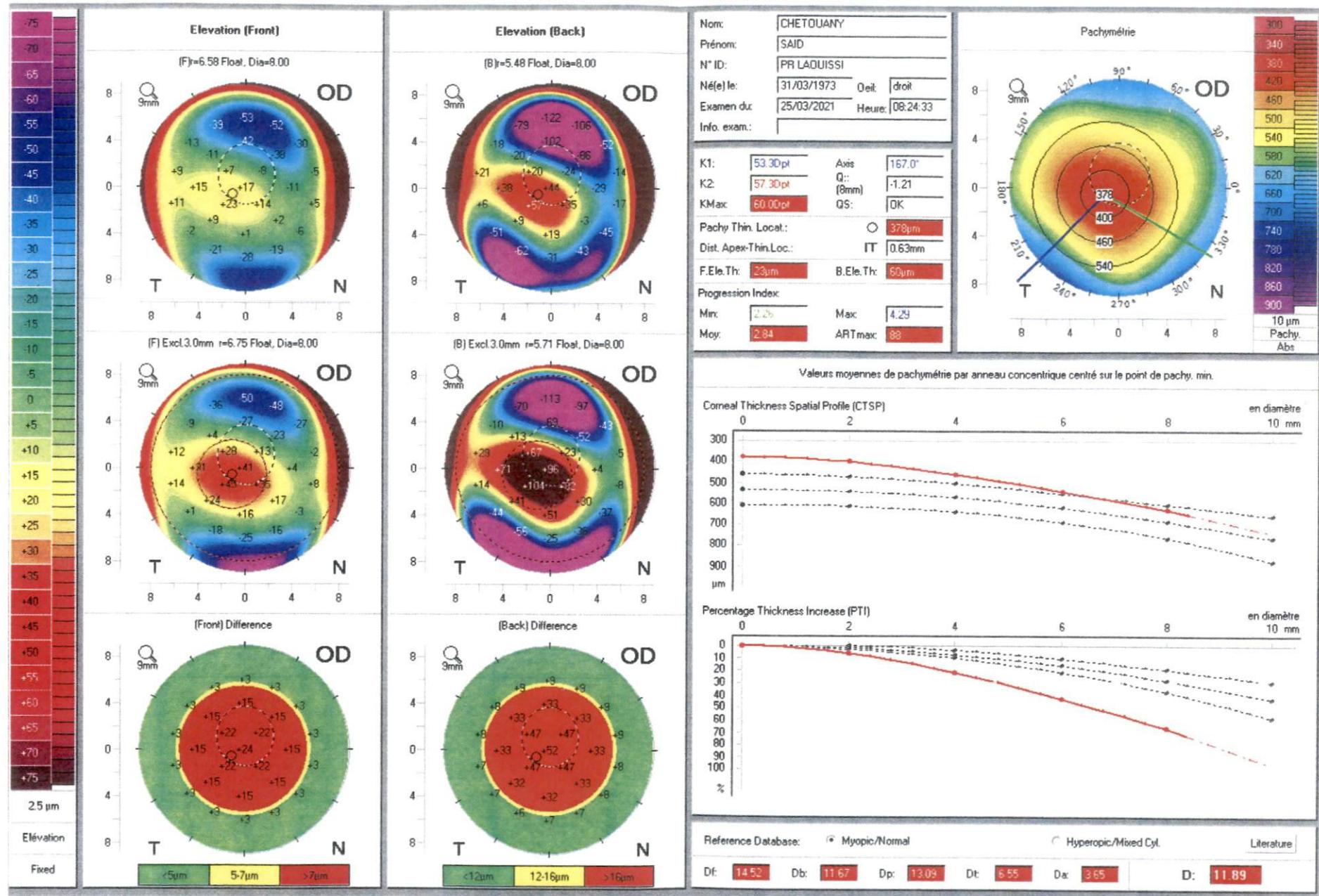
	6mm	7mm	8mm	9mm	10mm
Nas (Q:)	-1.39	-1.49	-1.56	-1.51	-1.57
Temp (Q:)	-0.77	-0.85	-0.92	-0.98	-1.02
Inf (Q:)	-0.67	-0.67	-0.72	-0.85	-1.05
Sup (Q:)	-2.43	-2.31	-2.19	-2.07	-1.80
Mean Value (Q:)	-1.32	-1.33	-1.35	-1.35	-1.31

**Peripheral mm-Rings (Dia)**

	6mm	7mm	8mm	9mm	10mm
Nas (Q:)	-1.39	-1.49	-1.56	-1.51	-1.57
Temp (Q:)	-0.77	-0.85	-0.92	-0.98	-1.02
Inf (Q:)	-0.67	-0.67	-0.72	-0.85	-1.05
Sup (Q:)	-2.43	-2.31	-2.19	-2.07	-1.80
Mean Value (Q:)	-1.32	-1.33	-1.35	-1.35	-1.31



# OCULUS - PENTACAM Belin / Ambrósio Enhanced Ectasia



CLINIQUE AL MADINA, Centre d'ophtalmologie  
 Angle Rue Mohammed Bahi et Rue Mansard, Casablanca  
 Tel : 02 05 22 77 77 40/49

