

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.

Biologie 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.

Ordonnance :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Educational :

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.

Chirurgie :

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

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° M21- 0037337

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12321 Société : RAN
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : EL MOUADJID FARUK
Date de naissance : 15/07/1982
Adresse : VILLAS DES PALMS N°62 DAR BOUABRA
CASA
Tél. : 061093741 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 15/04/2021
Nom et prénom du malade : MOUSSAOUI F-Z Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Affection chronique
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

Signature de l'adhérent(e) :



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
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

15/04/2021	CS		200,-	
------------	----	--	-------	--

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

21/04/2021	Topographie	1000,-
	1ère me. contr. 500,-	1500,-

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

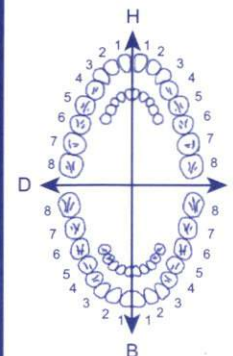
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient



COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT
MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
B	
00000000	00000000
35533411	11433553

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



ORDONNANCE

Casablanca le 15/04/2021

M^e. Moussaoui Fatima - EZZAHRA

TOPOGRAPHIE CORNEENNE

BIOMECHANIQUE

CLINIQUE DE L'OEIL CALIFORNIE
544, boulevard panoramique, californie,
casablanca, maroc
Tél: 05 22 29 66 00 / 05 22 29 66 21
Fax: 05 22 29 66 21

DR. CHAHBI Mohammed
Ophtalmologiste
544, boulevard panoramique, californie,
casablanca, maroc
Tél: 05 22 29 66 00 / 05 22 29 66 21
Fax: 05 22 29 66 21



NOTE D'HONORAIRES

Casablanca le 27/04/2021

le Docteur.....

a l'honneur de présenter ses compliments à (Mr/Mme)

me MOUSSADUI Fatima EZZAHRA

et lui adresse selon l'usage sa note d'honoraires.

- Topographie Corneenne
- Biome Conique

Soit la somme de # 1500,-

de mille cinq cents Dhs

.....Dhs

Cachet et signature



OCULUS - PENTACAM Réfractive

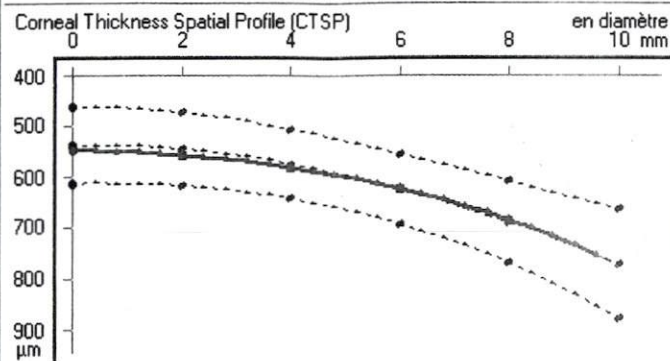
1.22x02

Nom: MOUSSAUI
 Prénom: FATIMA EZZAHRA
 N° ID: YM
 Né(e) le: 07/05/1983 Oeil: droit
 Examen du: 27/04/2021 Heure: 11:25:41

QS: OK
 Rp: 8.04 mm K1: 42.0 Dpt Axe: 62.0°
 Rc: 7.77 mm K2: 43.4 Dpt Axe: 152.0°
 Rm: 7.91 mm Km: 42.7 Dpt Astig: 1.4 Dpt
 Q: (8mm) -0.34 Rpéri: 8.16 mm Rmin: 7.74 mm

Pachy: x(mm) y(mm)
 Centre pup. + 551 µm +0.05 -0.16
 Pachy. min. O 549 µm -0.56 -0.35
 Prof. C.A. (Endo.) 3.12 mm Dia. pup.: 2.61 mm
 Angle I.C. 43.5° Ep. cristal.

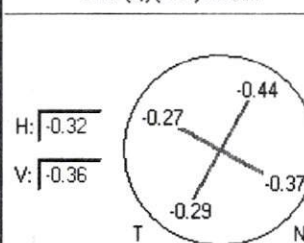
Valeurs d'épaisseur cornéenne moyenne sur des anneaux concentriques vers l'endroit le plus fin



Indices

ISV: 18 IHA: 3.5
 IVA: 0.08 IHD: 0.004
 KI: 1.01 Rmin: 7.74
 CKI: 1.00 TKC: -
 KISA: 0.480 IS: -0.02

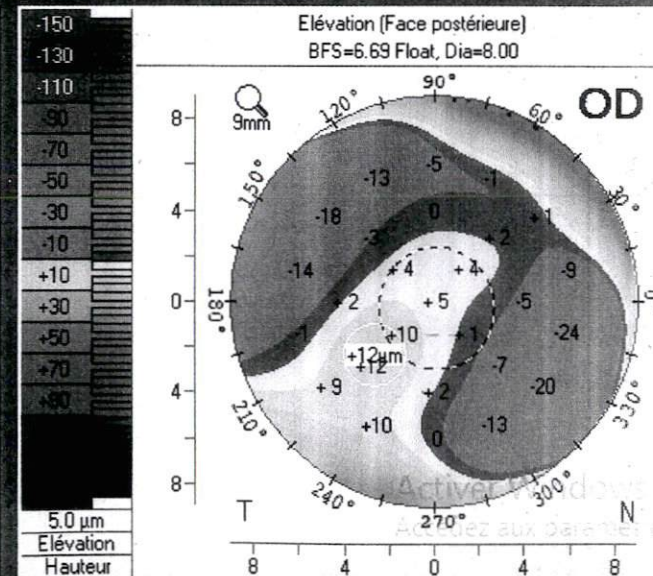
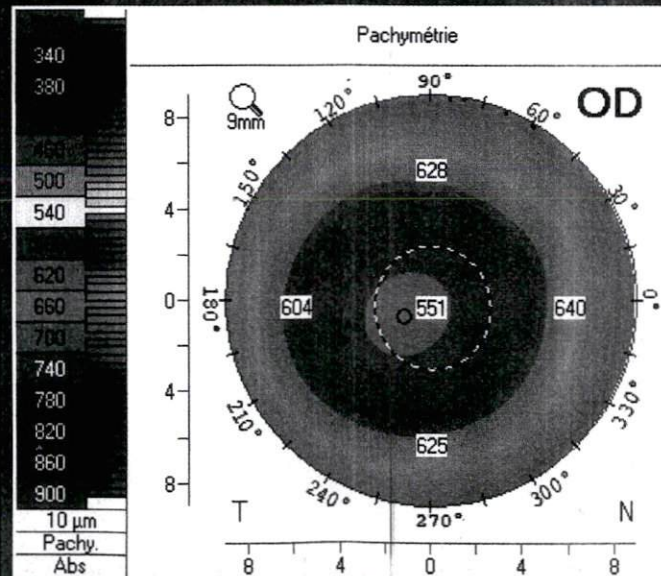
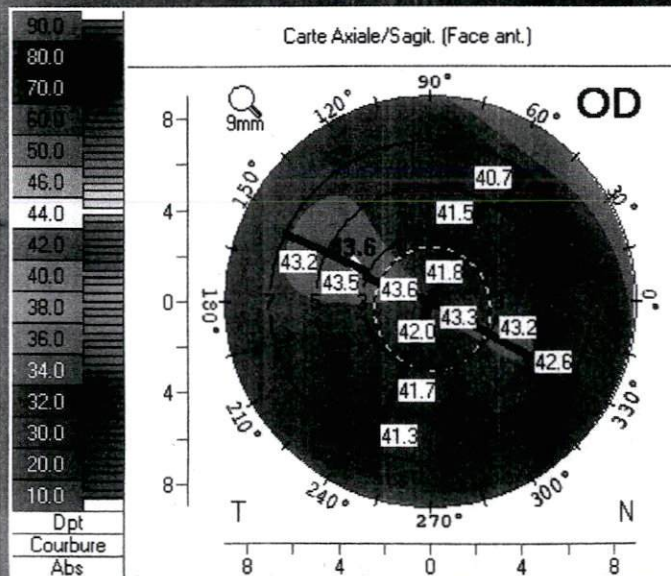
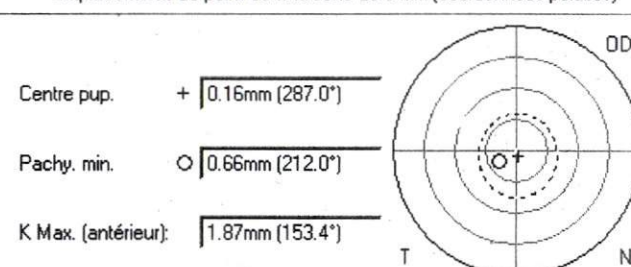
Exc. (Q) (Ant.) à 8mm



Asphéricité (ant.) des méridiens majeurs

	Anneaux mm périphériques (Dia)				
(Q)	6mm	7mm	8mm	9mm	10mm
Nas	-0.19	-0.29	-0.37	-0.45	-0.56
Temp	-0.12	-0.18	-0.27	-0.35	-0.44
Inf	-0.23	-0.25	-0.29	-0.35	-0.38
Sup	-0.34	-0.38	-0.44	-0.49	-0.56
Moyen	-0.22	-0.28	-0.34	-0.41	-0.49

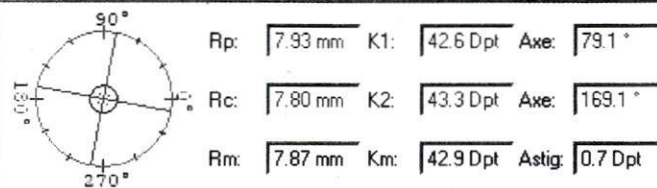
Emplacements de point dans la zone de 8 mm (coordonnées polaires)



OCULUS - PENTACAM Réfractive

1.22r02

Nom: MOUSSAUI
Prénom: FATIMA EZZAHRA
N° ID: YM
Né(e) le: 07/05/1983 Oeil: gauche
Examen du: 27/04/2021 Heure: 11:24:23



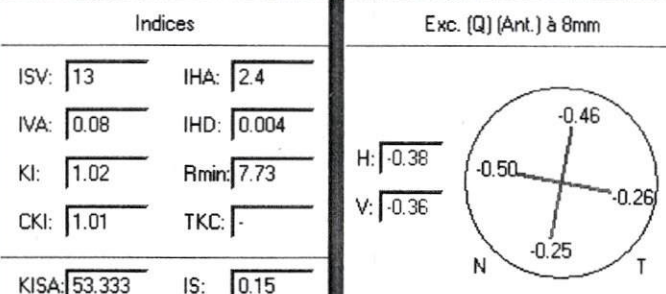
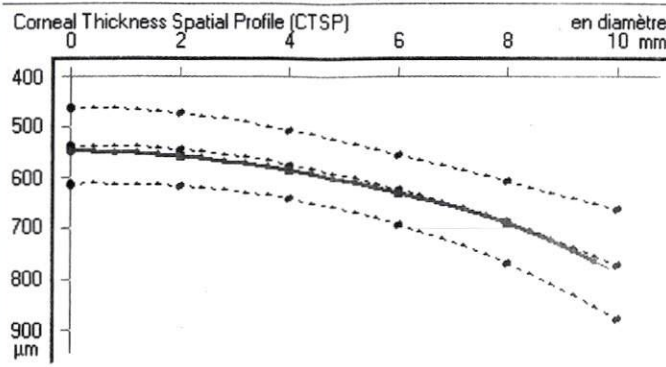
QS: OK
Q: (8mm) -0.37 Rpéri: 8.16 mm Rmin: 7.73 mm

Pachy: x(mm) y(mm)
Centre pup. + 554 µm -0.04 -0.08
Pachy. min. O 549 µm +0.70 -0.56

Prof. C.A. (Endo.) 3.19 mm Dia. pup.: 2.85 mm

Angle I.C. 38.4° Ep. cristal.

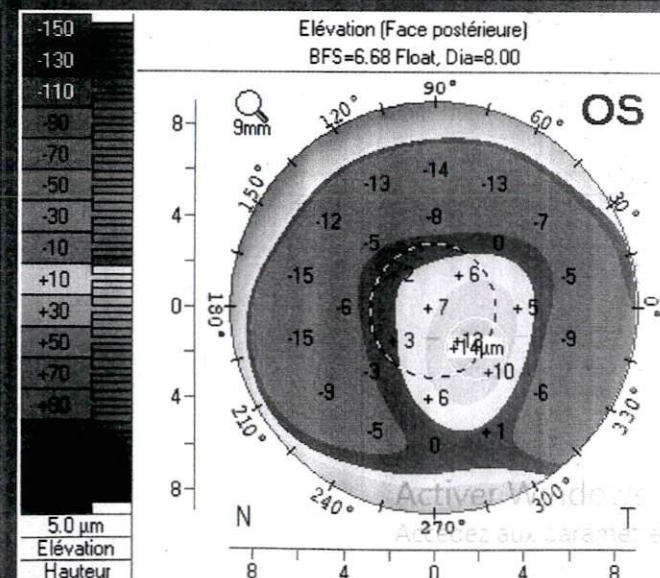
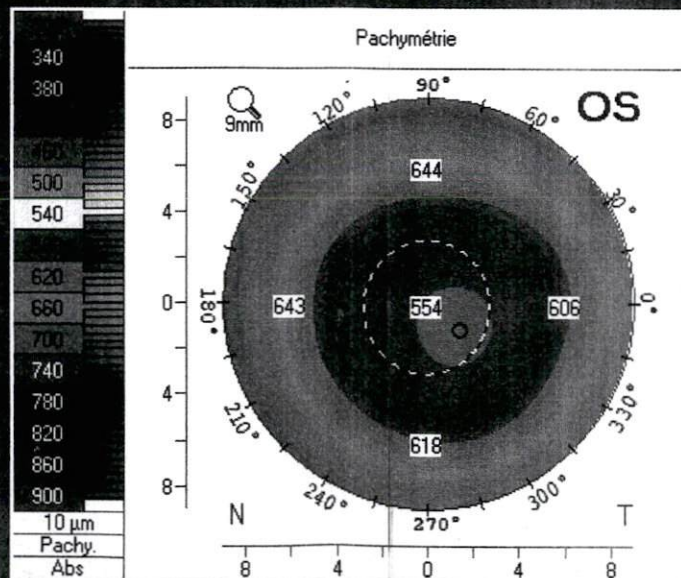
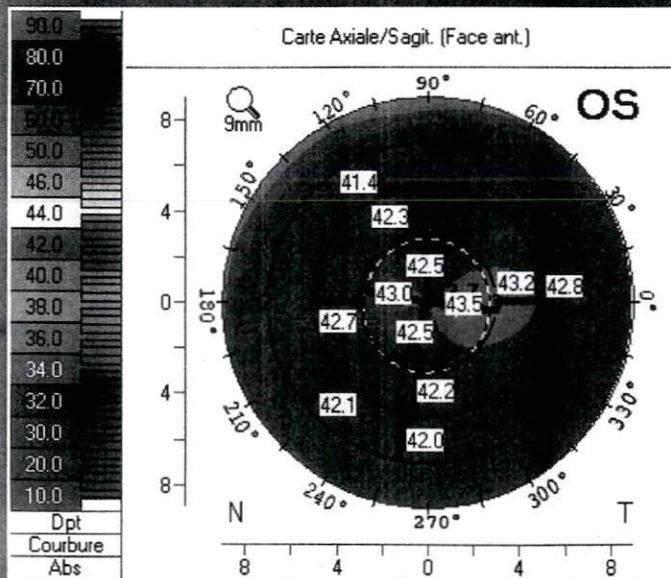
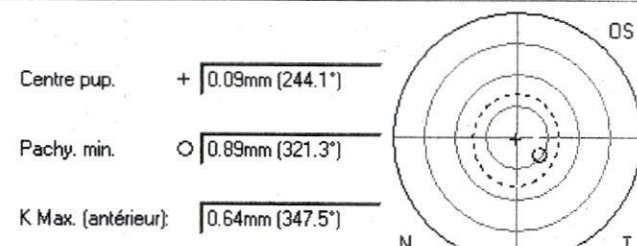
Valeurs d'épaisseur cornéenne moyenne sur des anneaux concentriques vers l'endroit le plus fin



Asphéricité (ant.) des méridiens majeurs

	Anneaux mm périphériques (Dia)				
(Q)	6mm	7mm	8mm	9mm	10mm
Nas	-0.30	-0.40	-0.50	-0.59	-0.67
Temp	-0.20	-0.22	-0.26	-0.34	-0.41
Inf	-0.14	-0.18	-0.25	-0.31	-0.37
Sup	-0.26	-0.36	-0.46	-0.53	-0.61
Moyen	-0.23	-0.29	-0.37	-0.44	-0.52

Eplacements de point dans la zone de 8 mm (coordonnées polaires)



OCULUS Corvis® ST - IOP/Pachy

1.6.2015

Name: MOUSSAOUI, FATIMA EZZAHRA

ID: YM

Date of birth: 07.05.1983

Age: 37


Exam. Date: 27.04.2021

Time: 11:31:14

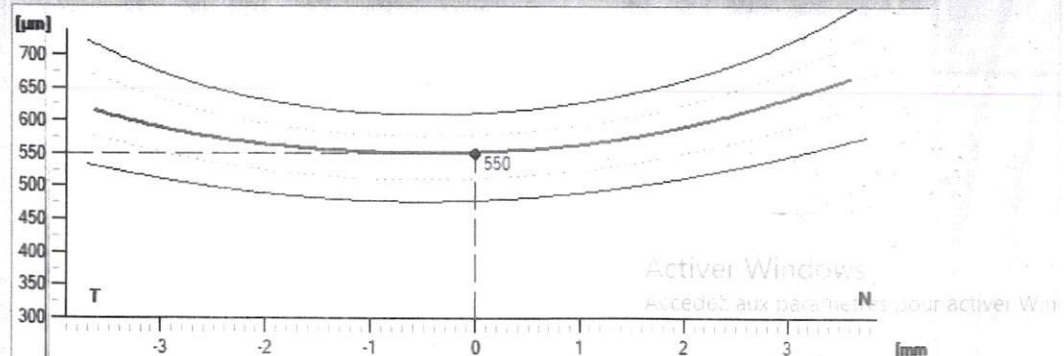
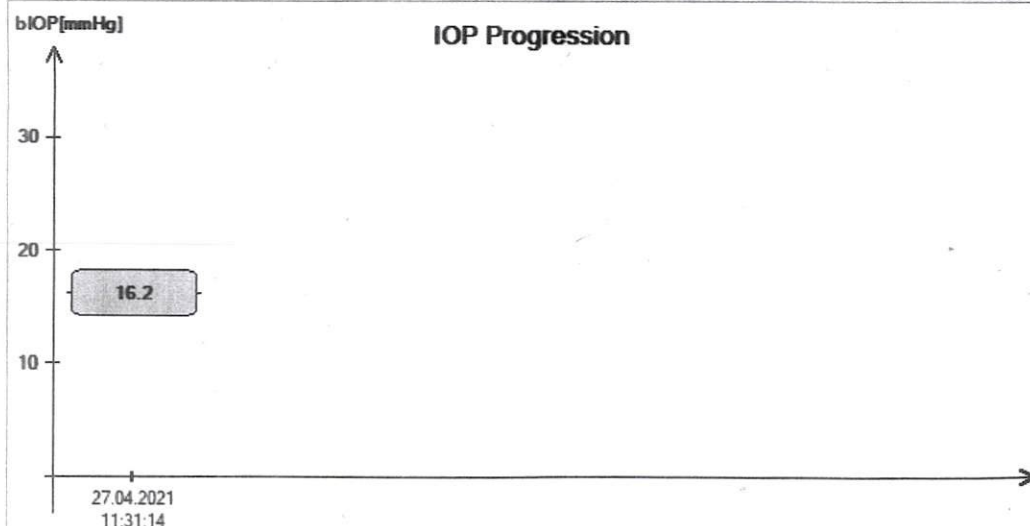
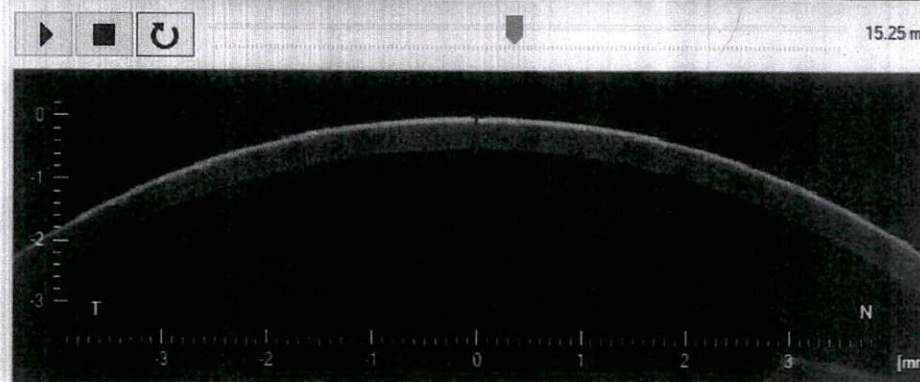
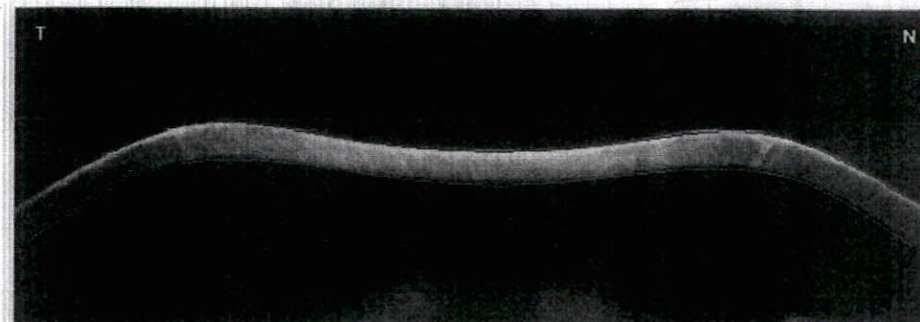
Eye: Right (OD)

Info:

QS: OK

Tonometry		IOPnet (no corr.):	bIOP
IOP:		17.0 mmHg	16.2 mmHg
IOP(1):		17.0 mmHg	16.2 mmHg
IOP(2):		-	-
IOP(3):		-	-
IOP(4):		-	-
IOP(5):		-	-
IOP(6):		-	-

Pachymetry		Apex
CCT:		550 µm
CCT(1):		550 µm
CCT(2):		-
CCT(3):		-
CCT(4):		-
CCT(5):		-
CCT(6):		-



OCULUS Corvis® ST - IOP/Pachy

1.6/2015

Name: MOUSSAOUI, FATIMA EZZAHRA

ID: YM

Date of birth: 07.05.1983

Age: 37


Exam. Date: 27.04.2021

Time: 11:30:28

Eye: Left (OS)

Info:

QS: OK

Tonometry		IOPnct (no corr.):	bIOP
IOP:		16.0 mmHg	15.4 mmHg
IOP(1):		16.0 mmHg	15.4 mmHg
IOP(2):		-	-
IOP(3):		-	-
IOP(4):		-	-
IOP(5):		-	-
IOP(6):		-	-

Pachymetry		Apex
CCT:		558 µm
CCT(1):		558 µm
CCT(2):		-
CCT(3):		-
CCT(4):		-
CCT(5):		-
CCT(6):		-

