

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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.

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° M21- 0014128

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

70809

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1839

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : TAOUZI AHMED

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M21-014128

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

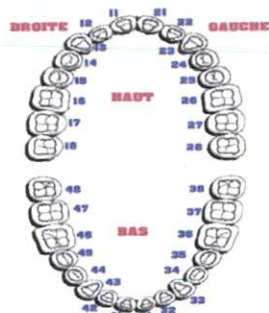
SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature
des soins

Coefficient

Coefficient des



Montant des soins

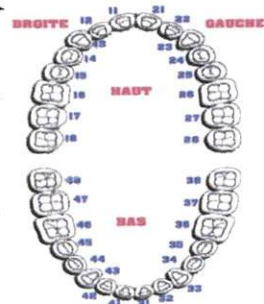
Début d'exécution

Fin d'exécution

O.D.F. Prothèses dentaires

Détermination du coefficient
masticatoire

Coefficient
des travaux



H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553
G	

Montant des soins

Date du devis

Fin de

(Création, Remont, adjonction)
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

VOLET ADHERENT

NOM :

Mle

DECLARATION N°

W18-396663

Date de Dépôt

Montant engagé

Nbre de pièces Jointes

Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois

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



W18-396663

DATE DE DEPOT

05/1/2021

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle

1839

Nom & Prénom

TAOUZI - AHMED

Fonction

RETRAITE

Phones

06 65231233

Mail

MEDECIN

Prénom du patient

Ahmed

Adhérent



Conjoint



Enfant



Age

Date

14/04/2021

Nature de la maladie

Toux chronique

Date 1ère visite

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des honoraires

CS
K30

1
1

250
200

PHARMACIE

Date

Montant de la facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date :

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date :

Nombre

Montant détaillé des Honoraires

AM

PC

IM

IV

DR. KHEIREDDINE A.
OPHTALMOLOGISTE
27, Bd. Mohamed V - Tanger
05 39 32 12 12

DR. A. KHEIREDDINE

Ophtalmologiste

INPE 161 085 386

Tanger, le

05/05/2021

NOTE D'HONORAIRES N° 00000008

A la suite de la consultation/intervention, je présente à Mme, Mlle, Mr, Taouar Ahmed
suivant l'usage, ma note d'honoraire CS / K 3.0 qui s'élève à : # 700 dh #

Soit la somme de Sept cents Dirhams,

réglée : ☒ espèces ☐ chèque.

Dr. KHEIREDDINE A.
OPHTALMOLOGISTE
27, Bd. Mohamed V - Tanger
05 39 32 12 12

27, Bd Mohamed V 1^{er} étage (Imm Attijari Wafabank) • TANGER • Tél.: 0539 32 12 12

Patente 50431371 • Identifiant fiscal 81446597 • ICE : 001623823000003

DR. A. KHEIREDDINE

Ophtalmologiste

INPE 161 085 386

Tanger, le

14/06/2021

NOTE D'HONORAIRES N° 0000007

A la suite de la consultation/intervention, je présente à Mme, Mlle (Mr, Taouzi Ahmed
suivant l'usage, ma note d'honoraire CS/K..... qui s'élève à : # 250 dh #

Soit la somme de Deux Cent cinquante Dirhams,

réglée : ☒ espèces ☐ chèque.

Dr. KHEIREDDINE A.
OPHTALMOLOGISTE
27, Bd. Mohamed V - Tanger
05 39 32 12 12

27, Bd Mohamed V 1^{er} étage (Imm Attijari Wafabank) • TANGER • Tél.: 0539 32 12 12

Patente 50431371 • Identifiant fiscal 81446597 • ICE : 001623823000003

COMPTE RENDU DE L'OCT

Le 05/05/2021

Mr. TAOUZI AHMED

Motif:

Tonus oculaire limite.

OCT PAPILLAIRE :

Epaisseur moyenne des fibres optiques 86 microns à droite, 91 microns à gauche.

Pas de diminution des fibres optiques au niveau des différents quadrants.

CONCLUSION :

OCT papillaire bilatéral normal ne montrant pas de glaucome.

Dr. KHEIREDDINE A.
OPHTALMOLOGISTE
27, Bd. Mohamed V - Tanger
☎ 05/39 32 12 12

Name: TAOUZI, AHMED

OD

OS

ZEISS

ID: CZMI2144889894

Exam Date: 5/5/2021

5/5/2021

Dr KHEIREDDINE

DOB: 10/14/1952

Exam Time: 4:06 PM

4:07 PM

Gender: Male

Serial Number: 4000-1657

4000-1657

Technician: DR KHEIREDDINE

Sgna Strength: 8/10

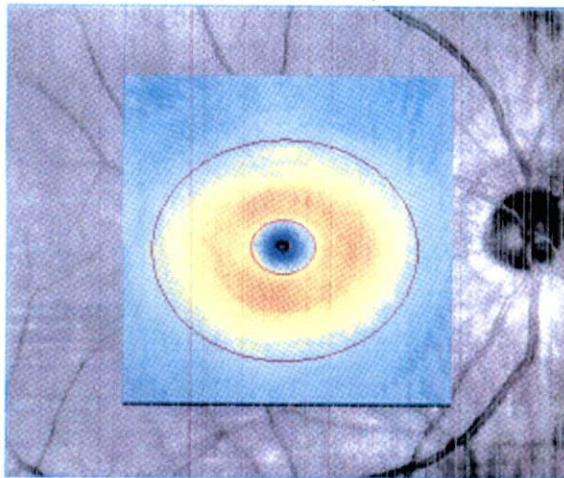
8/10

Ganglion Cell OU Analysis: Macular Cube 512x128

OD

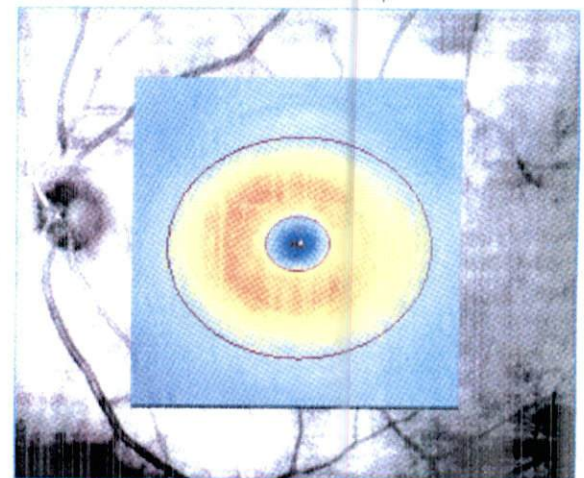
OS

OD Thickness Map



Fovea: 249, 67

OS Thickness Map

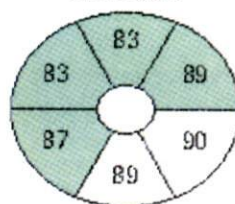


Fovea: 258, 65

OD Deviation Map



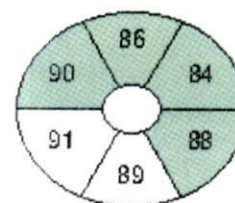
OD Sectors



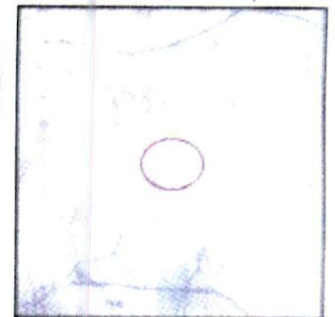
Diversified
Distribution
of Normals

95%
5%
1%

OS Sectors



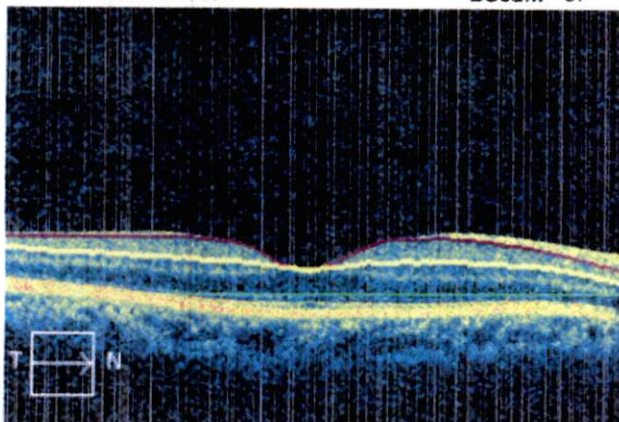
OS Deviation Map



	OD μm	OS μm
Average GCL + IPL Thickness	87	88
Minimum GCL + IPL Thickness	85	86

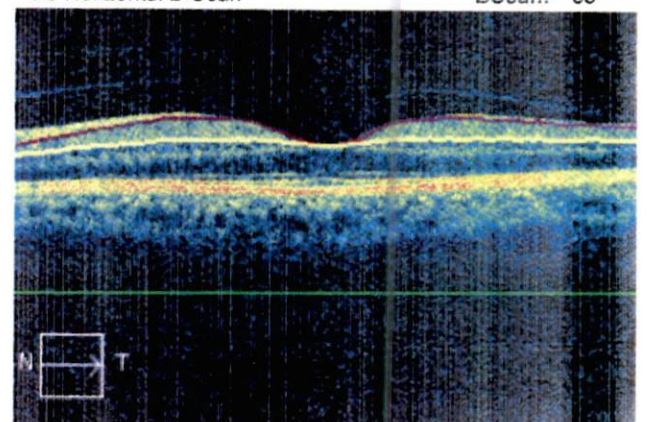
OD Horizontal B-Scan

BScan: 67



OS Horizontal B-Scan

BScan: 65



Comments

Doctor's Signature

CIRRUS
SW Ver: 7.0.3.19
Copyright 2015
Carl Zeiss Meditec, Inc
All Rights Reserved

Page 1 of 1

Name: TAOUZI, AHMED

OD

OS

ZEISS

ID: CZMI2144889894

Exam Date: 5/5/2021

5/5/2021

Dr KHEIREDDINE

DOB: 10/14/1952

Exam Time: 4:06 PM

4:08 PM

Gender: Male

Serial Number: 4000-1657

4000-1657

Technician: DR KHEIREDDINE

Signal Strength: 7/10

6/10

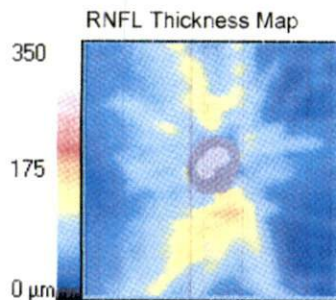
ONH and RNFL OU Analysis: Optic Disc Cube 200x200

OD

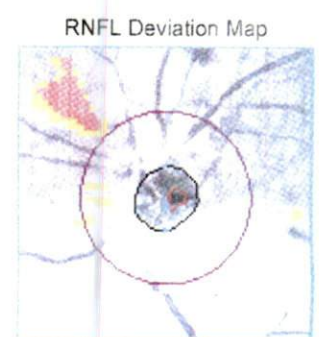
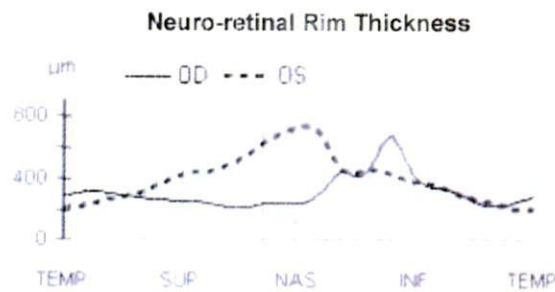
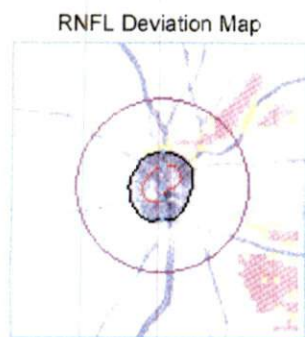
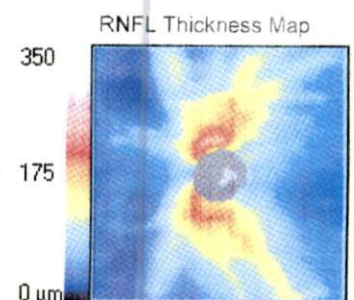
●

●

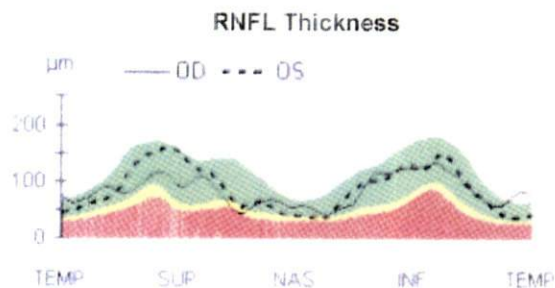
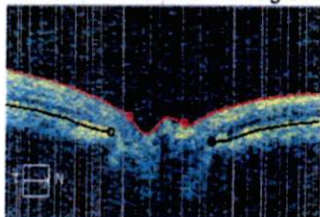
OS



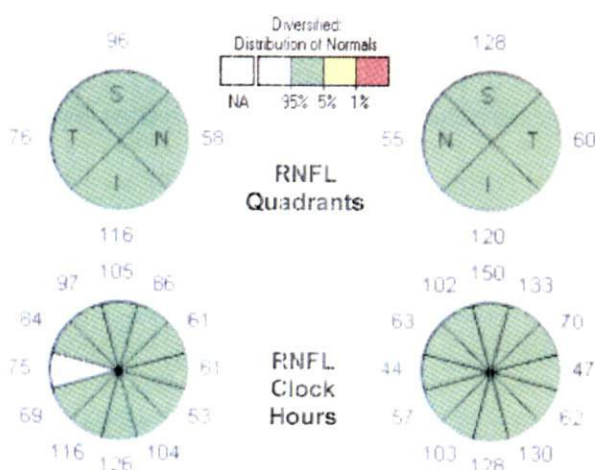
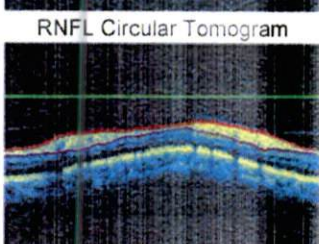
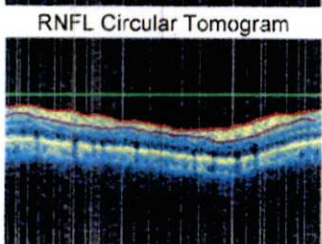
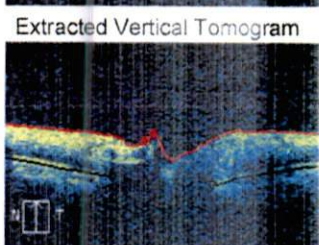
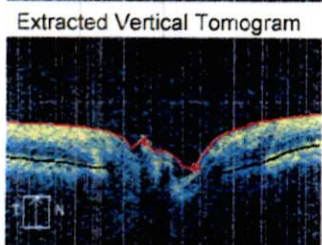
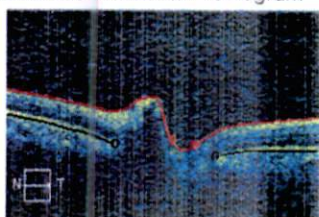
	OD	OS
Average RNFL Thickness	86 μm	91 μm
RNFL Symmetry	84%	
Rim Area	1.00 mm ²	1.12 mm ²
Disc Area	1.41 mm ²	1.27 mm ²
Average C/D Ratio	0.53	0.33
Vertical C/D Ratio	0.51	0.33
Cup Volume	0.065 mm ³	0.023 mm ³



Disc Center(0.03,0.15)mm
Extracted Horizontal Tomogram



Disc Center(-0.03,0.00)mm
Extracted Horizontal Tomogram



Comments

Doctor's Signature

CIRRUS
SW Ver: 7.0.3.19
Copyright 2015
Carl Zeiss Meditec, Inc
All Rights Reserved

Page 1 of 1