

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.

Éducation :

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

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.

7089

Autres

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1839

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : TAHARZI 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 ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº 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 :

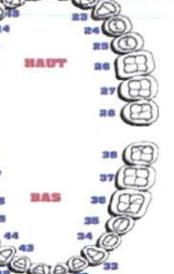
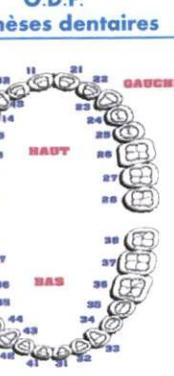
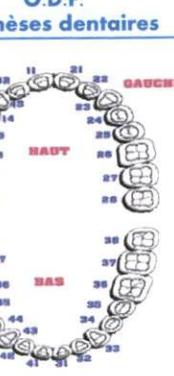
Date de dépôt :

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des
				<input type="text"/>
				Montant des soins <input type="text"/>
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire		Début d'exécution <input type="text"/>
		H D 25533412 00000000 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	Fin d'exécution <input type="text"/>
		(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		Coefficient des travaux <input type="text"/>
				Montant des soins <input type="text"/>
				Date du devis <input type="text"/>
				Fin de <input type="text"/>

VOLET ADHERENT

NOM :

Mile

DECLARATION N° W18-396663

Date de Dépôt

Montant engagé



W18-396663

DATE DE DEPOT

05/2024

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 1839	C.J.
Nom & Prénom : TADDEUI - AHMED		Fonction : RETRAITÉ	
Mail :		Phones : 0665231233	
MEDECIN		Prénom du patient : Ahmed	
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>		Age :	Date : 14/04/2021
Nature de la maladie : Tonus oculaire élevé		Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
		CS	4
K30	1	700	Dr. KHEIREDDINE OPHTALMOLOGISTE Bd. Mohamed V - Tanger 0539321212
PHARMACIE	Date :		
Montant de la facture			
ANALYSES - RADIGRAPHIES		Date :	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date :	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

DR. A. KHEIREDDINE

Ophthalmologiste

INPE 161 085 386

Tanger, le 05/05/2021

NOTE D'HONORAIRES N° 0000008

A la suite de la consultation/intervention, je présente à Mme, Mlle, Mr, ... Traouz Ahmed

suivant l'usage, ma note d'honoraire CS/K 30 qui s'élève à : # 200 dh #

Soit la somme de Sept cents Dirhams,

réglée : espèces chèque.

Dr. KHEIREDDINE A.
Cachet et Signature
OPHTHALMOLOGISTE
27, Bd. Mohamed V - Tanger
Tél.: 0539 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

Ophthalmologiste

INPE 161 085 386

Tanger, le

16/04/2021

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 Cents cinquante - Dirhams,
réglée : espèces chéque.

Dr. KHEIREDDINE A.
OPHTHALMOLOGISTE
27, Bd. Mohamed V - Tanger
Tél.: 0539 32 12 12

Cachet et Signature

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
0539 32 12 12

Name: TAOUZI, AHMED

OD

OS



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,

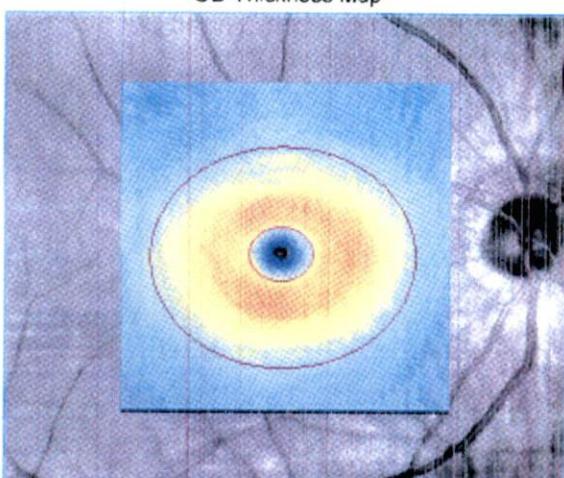
Signa Strength: 8/10

8/10

Ganglion Cell OU Analysis: Macular Cube 512x128

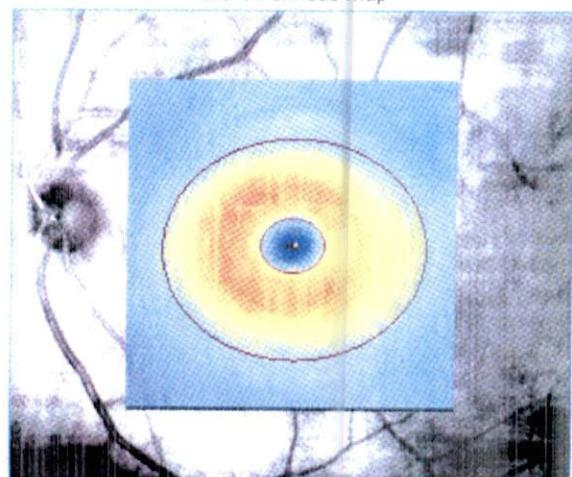
OD OS

OD Thickness Map



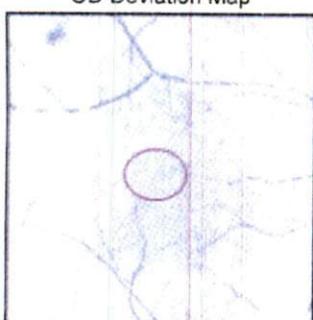
Fovea: 249, 67

OS Thickness Map

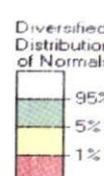
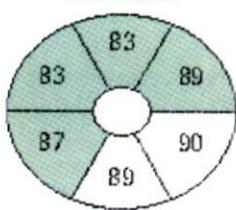


Fovea: 258, 65

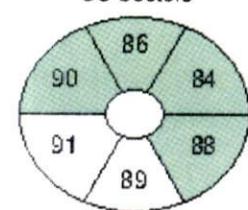
OD Deviation Map



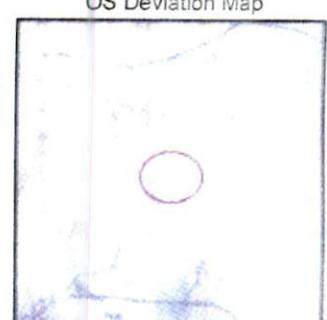
OD Sectors



OS Sectors

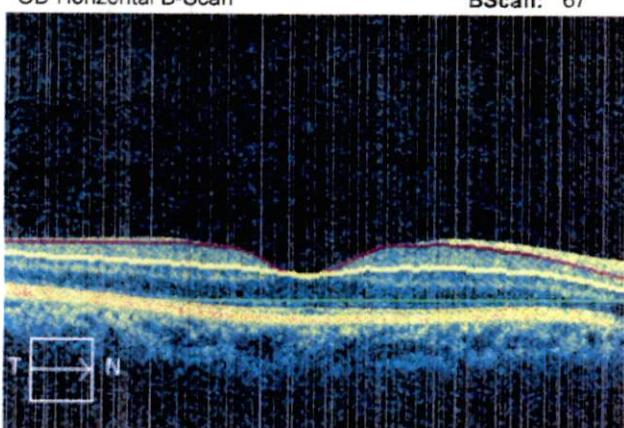


OS Deviation Map



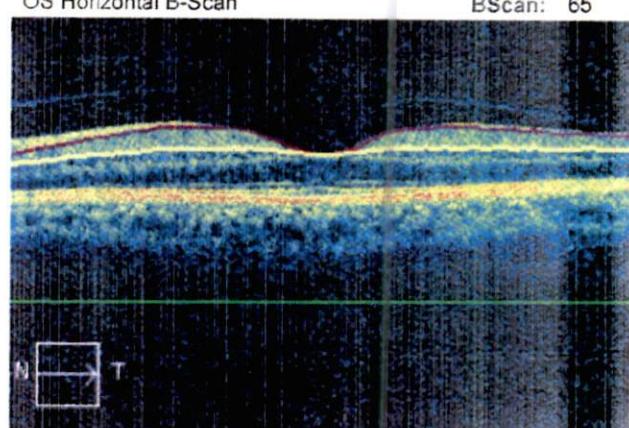
OD Horizontal B-Scan

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

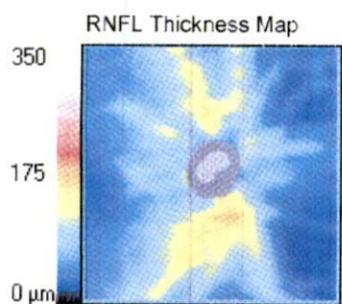
Page 1 of 1

Name: TAOUI, AHMED
ID: CZMI2144889894
DOB: 10/14/1952
Gender: Male
Technician: DR KHEIREDDINE.

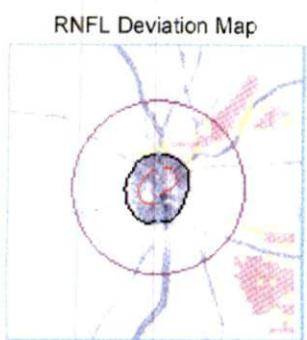
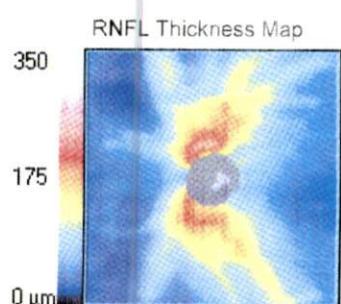
OD OS
Exam Date: 5/5/2021 5/5/2021
Exam Time: 4:06 PM 4:08 PM
Serial Number: 4000-1657 4000-1657
Signal Strength: 7/10 6/10



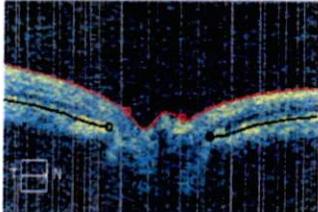
ONH and RNFL OU Analysis: Optic Disc Cube 200x200 OD ● OS



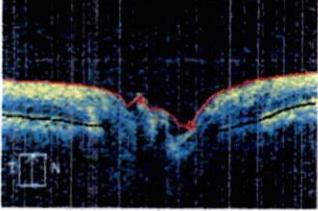
	OD	OS
Average RNFL Thickness	86 μm	91 μm
RNFL Symmetry	84%	
Rim Area	1.00 mm ²	1.12 mm ²
Disc Area	1.41 mm ²	1.27 mm ²
Average C/D Ratio	0.53	0.33
Vertical C/D Ratio	0.51	0.33
Cup Volume	0.065 mm ³	0.023 mm ³



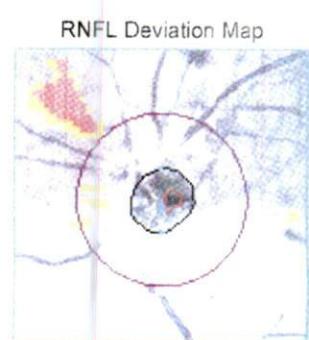
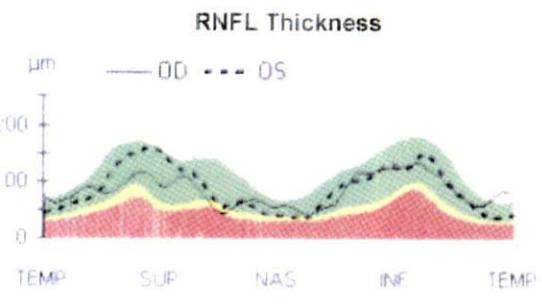
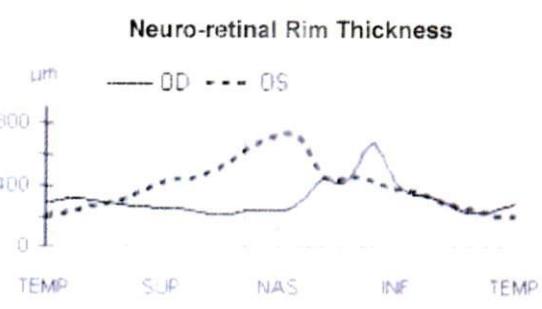
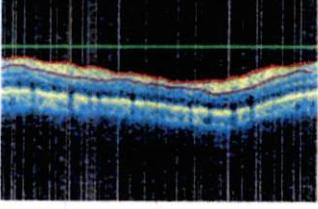
Disc Center(0.03,0.15)mm
Extracted Horizontal Tomogram



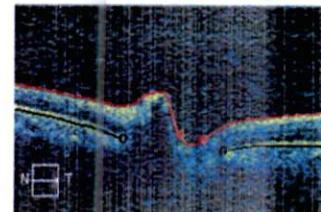
Extracted Vertical Tomogram



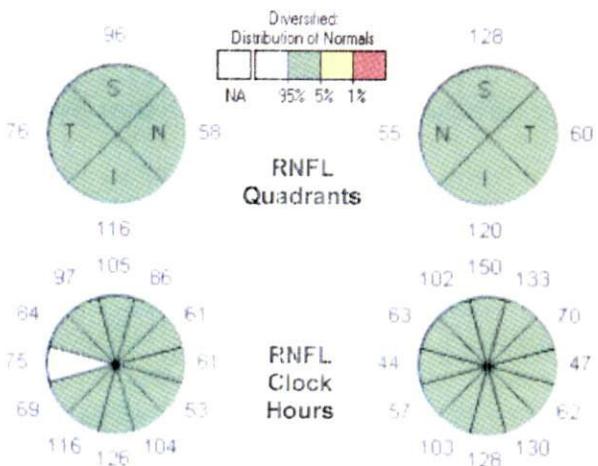
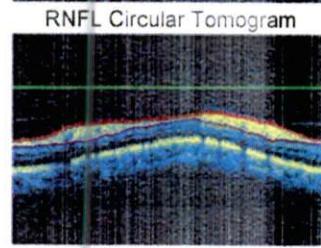
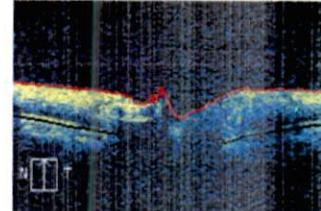
RNFL Circular Tomogram



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



Extracted Vertical 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