

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Optique :

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.

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° M20- 0008514

7 2391

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10023 Société :

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : TENZALI YOUNES

Date de naissance : 07-11-70

Adresse :

Tél. : 066182756

Total des frais engagés : 900,-

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 : AIT LAHCINE SO KASSA

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]

Instructions à suivre

تعليمات يجب اتباعها

Établir une feuille de soins par personne et par événement.

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل حدث.

La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, résultats des examens de radiologie et/ou de laboratoire).

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، نتائج فحوص الأشعة أو المختبر).

Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par le praticien eux-mêmes sur chaque feuille de soins.

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

Les prospectus et les PPM concernant les médicaments achetés doivent être joints aux ordonnances transmises.

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراة واثبتها بالوصفات المرسلة.

La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à la CNOPS dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il y a traitement médical continu. Dans ce dernier cas, le dossier doit être présenté dans les soixante (60) jours qui suivent la fin du traitement.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني لمنظمات الإحتياط الاجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ما عدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما) من تاريخ انتهاء العلاج.

Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريف الوطنية المرجعية.

Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

Toute personne coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues, est passible des sanctions légales et réglementaires.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.

L'obligation de remboursement prise par la CNOPS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني لمنظمات الإحتياط الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.

توقيع وطابع المتعاضدية

Cachet et signature de la mutuelle

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

تاريخ الإيداع :



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire

Réf ANAM 1.1.01.01

مرجع رقم

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e) خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom :	A. LAMANE SORAINA	الإسم العائلي والشخصي
N° Affiliation :	42183412	رقم الإندراج :
N° Immatriculation :	5312191624458	رقم التسجيل :
N° CIN :	EE2851839	رقم بطاقة التعريف الوطنية :
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)*	Conjoint ☐ زوج Enfant ☐ ابن	علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له*
Adresse :	N° 48 RES - TAMERTE NNAHAIL	العنوان :
Montant des frais :	900 DHS	مبلغ المصاريف :
Nombre de pièces jointes :	7	عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins	SORAINA A. LAMANE	المستفيد من العلاجات
Nom et prénom :	SORAINA A. LAMANE	الإسم العائلي والشخصي
Date de naissance :	10/03/1982	تاريخ الإزدياد :
N° CIN :	EE2851839	رقم بطاقة التعريف الوطنية :
Sexe* :	M ☐ ذكر F ☒ أنثى	الجنس* :

Identification du médecin traitant تعريف الطبيب المعالج

N° INP	041133989	الرقم الوطني الإستدلالي للممارس :
Type de soins	نوع العلاجات	
Maladie* ☐ مرض*	Pli confidentiel remis* : Oui ☐ Non ☐	تم تقديم الطرف المغلق* :
Maternité* ☐ أمومة*	Date de grossesse :	تاريخ الحمل :
	Date prévue d'accouchement :	التاريخ المرتقب للولادة :
Hospitalisation* ☐ استشفاء*	Date d'hospitalisation :	تاريخ الإستشفاء :
Accident* ☐ حادث*	Date d'accident :	تاريخ الحادث :
	Causes :	أسباب الحادث :
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.		أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.
Fait à :		أصح بصداقة وبلحة المعلومات المذكورة أعلاه.
le :		حرر في :
توقيع المؤمن له (لها)		توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية
Signature de l'assuré(e)		Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

* INP : Identification Nationale du Praticien
* Cocher la mention utile pour chaque case

* أخطب الخانة

كسب: 06-68379.10-70

Dr. Mohamed EL MANSOURI
Ophtalmologiste



الدكتور محمد المنصوري
اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

Marrakech, le

24/11/2020

AIT LAHCINE SOKAINA

N° FACTURE : 1537

N° PATENTE : 45316658

CONSULTATION AU CABINET : 200 DHS
TOPOGRAPHIE CORNEENNE : 700 DHS

[Handwritten signature and stamp]

Dr. Mohamed EL MANSOURI
Ophtalmologiste



الدكتور محمد المنصوري
اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

Marrakech, le

24/11/2020

AIT LAHCINE SOKAINA

PRIERE DE FAIRE :

TOPOGRAPHIE CORNEENNE



24/11/2020
Marrakech, le
AIT LAHCINE SOKAINA

Topographie cornéenne

	ŒIL DROIT	ŒIL GAUCHE
Adapter à zone	11,6 mm	10,6 mm
Fit : R	8,61 mm	8,64 mm
Fit : D	39,20 D	39,08 D
Q	-0,60	-0,43
Facteur forme	0,60	0,43
CIM	0,50 μ m	2,58 μ m
TKM	41,93 D	41,16 D
Excentricité	0,77	0,65
Rayon (mm)	8,61	8,64
X de la courbure moyenne max	-1,8 mm	2,6 mm
Y de la courbure moyenne max	-0,5 mm	-1,9 mm
K abrupt	41,60 D	41,23 D
K plat	39,32 D	38,97 D
x du centroïde	-0,8 mm	2,4 mm
Y du centroïde	-0,5 mm	-0,9 mm
Convexité	0,98	0,92
I-S moyen	0,9 D	0,6 D
IN-ST moyen	0,2 D	0,6 D
IT-SN moyen	1,3 D	0,9 D

CONCLUSION

- Astigmatisme régulier a l'œil droit
- Astigmatisme irrégulier a l'œil gauche



ait lahcine, sokaina
CZMI1992981086
3/20/1987

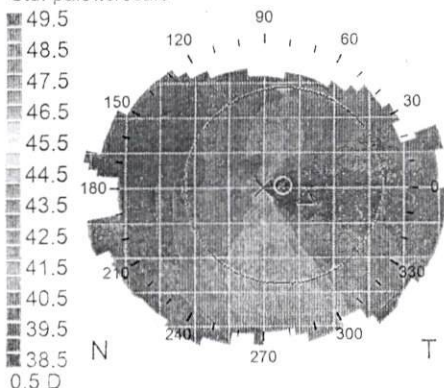
Advance Eye Clinic Overview

ANSI Z80.23
Std. palette/scale

Axial Curvature

OS

11/24/2020
12:03:40 AM



Steep K 41.23 D @ 84
Flat K 38.97 D @ 174
Astigmatism 2.26 D
Q -0.43
Shape Factor 0.43

Sim Ks (3 mm)
41.23 D (8.19 mm) @ 84
38.97 D (8.66 mm) @ 174

Total astigmatism 2.26 D

Central (0-3 mm)
41.84 D (8.07 mm) @ 290
41.41 D (8.15 mm) @ 74
38.04 D (8.87 mm) @ 352
40.08 D (8.42 mm) @ 188

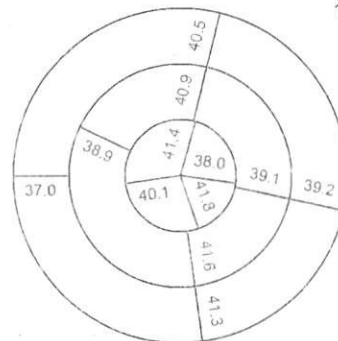
Midperiphery (3-6 mm)
41.56 D (8.12 mm) @ 278
40.91 D (8.25 mm) @ 76
39.05 D (8.64 mm) @ 348
38.87 D (8.68 mm) @ 154

Periphery (6-9 mm)
41.26 D (8.18 mm) @ 278
40.47 D (8.34 mm) @ 76
39.15 D (8.62 mm) @ 348
36.95 D (9.13 mm) @ 180

Keratometry

OS

11/24/2020
12:03:40 AM

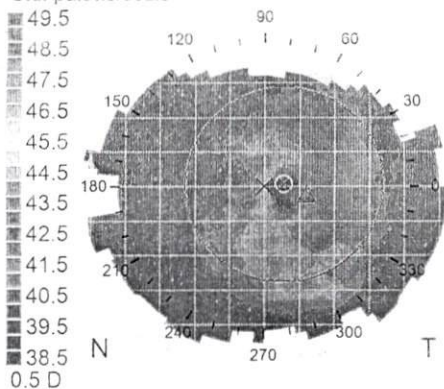


ANSI Z80.23
Std. palette/scale

Tangential Curvature

OS

11/24/2020
12:03:40 AM



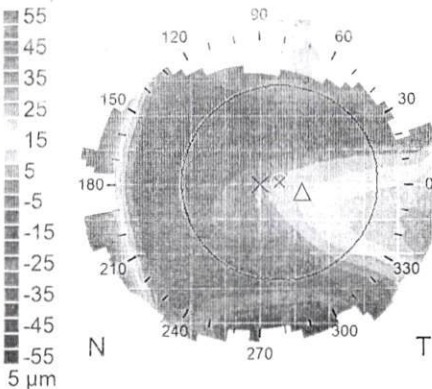
Steep K 41.23 D @ 84
Flat K 38.97 D @ 174
Astigmatism 2.26 D
Eccentricity 0.65

ANSI Z80.23
Std. palette/scale

Elevation

OS

11/24/2020
12:03:40 AM

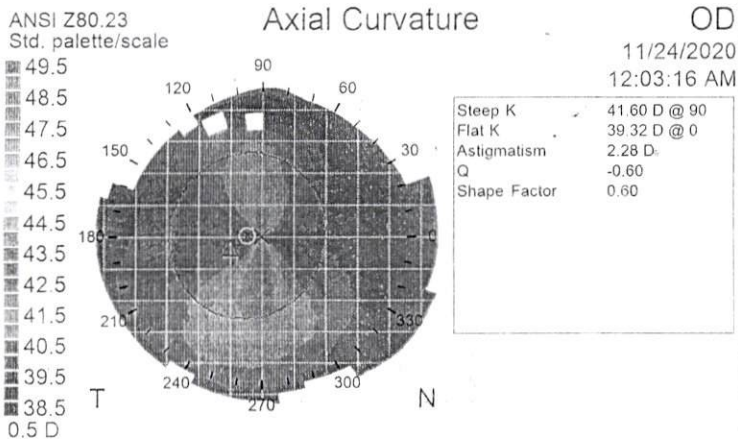


Fit zone 10.6 mm
Fit: Type Sphere
Fit: R 8.64 mm
Fit: D 39.08 D
CIM 2.56 micrometers
TKM 41.16 D



ait lahcine, sokaina
CZMI1992981086
3/20/1987

Advance Eye Clinic Overview



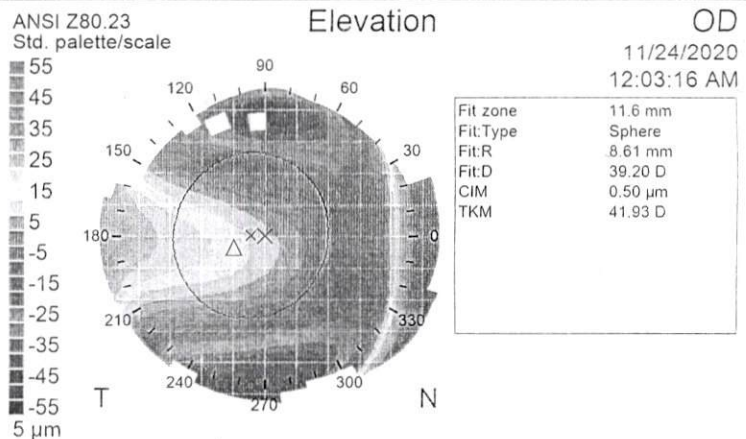
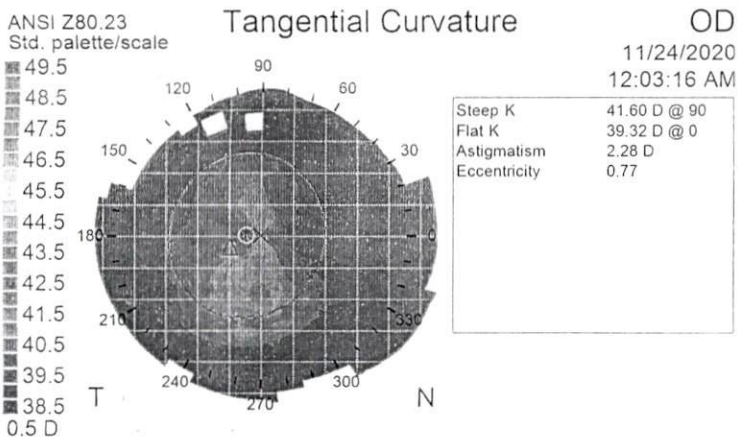
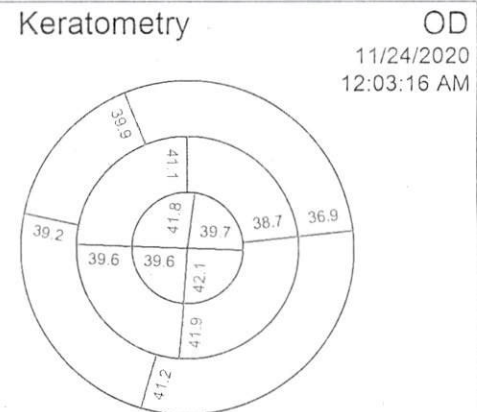
Sim Ks (3 mm)
41.60 D (8.11 mm) @ 90
39.32 D (8.58 mm) @ 0

Total astigmatism 2.28 D

Central (0-3 mm)
42.08 D (8.02 mm) @ 266
41.81 D (8.07 mm) @ 82
39.73 D (8.49 mm) @ 358
39.56 D (8.53 mm) @ 178

Midperiphery (3-6 mm)
41.85 D (8.06 mm) @ 266
41.13 D (8.21 mm) @ 90
38.73 D (8.71 mm) @ 6
39.57 D (8.53 mm) @ 178

Periphery (6-9 mm)
41.21 D (8.19 mm) @ 254
39.94 D (8.45 mm) @ 112
36.90 D (9.15 mm) @ 6
39.23 D (8.60 mm) @ 168





ait lahcine, sokaina
CZMI1992981086
3/20/1987

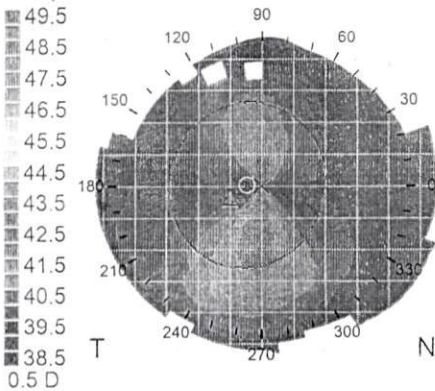
Advance Eye Clinic Overview

ANSI Z80.23
Std. palette/scale

Axial Curvature

OD

11/24/2020
12:03:16 AM



Steep K 41.60 D @ 90
Flat K 39.32 D @ 0
Astigmatism 2.28 D
Q -0.60
Shape Factor 0.60

Sim Ks (3 mm)
41.60 D (8.11 mm) @ 90
39.32 D (8.58 mm) @ 0

Keratometry

OD

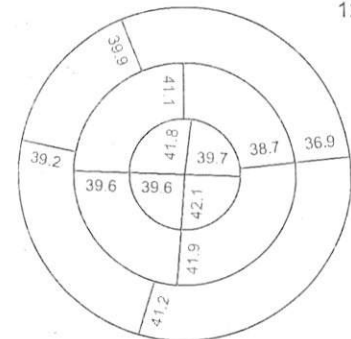
11/24/2020
12:03:16 AM

Total astigmatism 2.28 D

Central (0-3 mm)
42.08 D (8.02 mm) @ 266
41.81 D (8.07 mm) @ 82
39.73 D (8.49 mm) @ 358
39.56 D (8.53 mm) @ 178

Midperiphery (3-6 mm)
41.85 D (8.06 mm) @ 266
41.13 D (8.21 mm) @ 90
38.73 D (8.71 mm) @ 6
39.57 D (8.53 mm) @ 178

Periphery (6-9 mm)
41.21 D (8.19 mm) @ 254
39.94 D (8.45 mm) @ 112
36.90 D (9.15 mm) @ 6
39.23 D (8.60 mm) @ 168

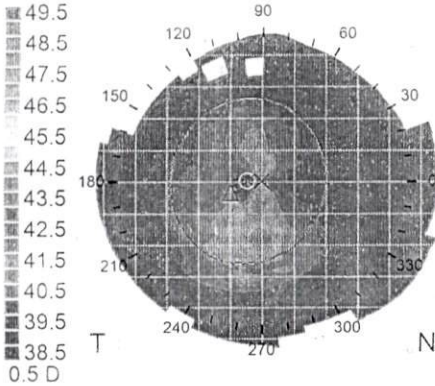


ANSI Z80.23
Std. palette/scale

Tangential Curvature

OD

11/24/2020
12:03:16 AM



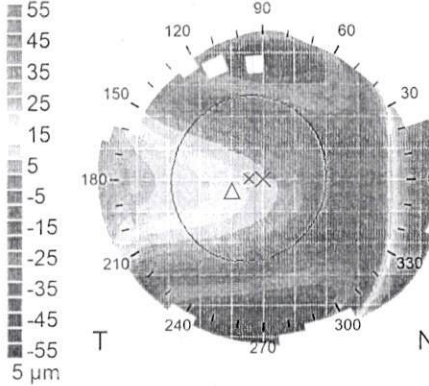
Steep K 41.60 D @ 90
Flat K 39.32 D @ 0
Astigmatism 2.28 D
Eccentricity 0.77

ANSI Z80.23
Std. palette/scale

Elevation

OD

11/24/2020
12:03:16 AM



Fit zone 11.6 mm
Fit.Type Sphere
Fit.R 8.61 mm
Fit.D 39.20 D
CIM 0.50 μm
TKM 41.93 D



ait lahcine, sokaina
CZMI1992981086
3/20/1987

Advance Eye Clinic

PathFinder II

Normal

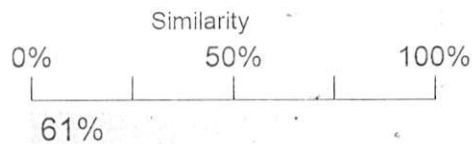
KCN Pattern

Myopic LVC

Hyperopic LVC

Other

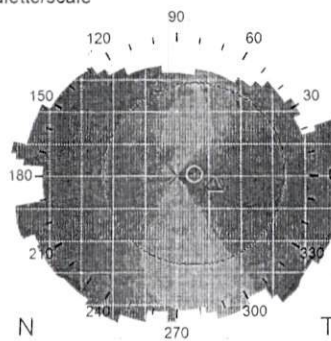
Threshold: 25%



ANSI Z80.23
Std. palette/scale

49.5
48.5
47.5
46.5
45.5
44.5
43.5
42.5
41.5
40.5
39.5
38.5
0.5 D

Axial Curvature

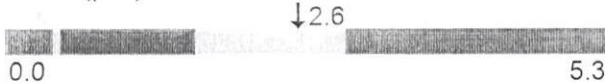


OS

11/24/2020
12:03:40 AM

Steep K 41.23 D @ 84
Flat K 38.97 D @ 174
Astigmatism 2.26 D

CIM (μm)



TKM (D)



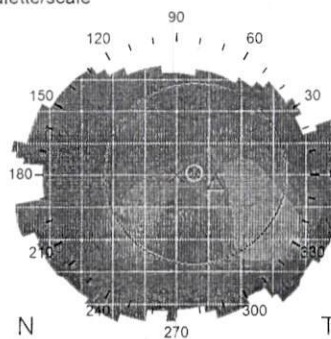
Shape Factor



ANSI Z80.23
Std. palette/scale

49.5
48.5
47.5
46.5
45.5
44.5
43.5
42.5
41.5
40.5
39.5
38.5
0.5 D

Mean Curvature



OS

11/24/2020
12:03:40 AM

Max Mean Curvature 41.23 D
Max Mean Curvature X 2.6 mm
Max Mean Curvature Y -1.9 mm
Centroid X 2.4 mm
Centroid Y -0.9 mm
Convexity 0.92
Mean I - S 0.6 D
Mean IN - ST 0.6 D
Mean IT - SN 0.9 D