

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

ditions 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.

rmacie :

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.

que :

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

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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

Nº M21- 067279

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 7887 Société : R.A.M. 2025A0

Actif Pensionné(e)

Autre : Retraitee

Nom & Prénom : SABBAGH TAMOU

Date de naissance : 01.01.1958

Adresse : RESID. EL WAFA 04 IMM.44 APPT.10,

ULFA (WIAM) CASABLANCA

Tél. : 06 75 47 10 30 Total des frais engagés : 476,40 DHS Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 11.11.2021

Nom et prénom du malade : Sabbagh Tamou Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : chirurgie de l'œil (gris post opératoire)

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) : SABBAGH

Le : 24/12/2021

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie Nº M21-67279	
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 : 7887
Nom de l'adhérent(e) : SABBAGH, T
Total des frais engagés : 476,40 DHS
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
JUL/16	Comble U			DR. ALI ALOUAY LATIFI DENTISTE INPE 092030949 06 23 88 82 88 Centre Dentaire 105 NBS, Beyrouth

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11/11/2017	PHARMACIE MAY EL WIAM TÉL: 01 23 91 17 31 INPE 092030949 INPE: 092030949 476,40

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaire, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B <hr/>	
	D 00000000 35533411			
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Al Wiffaq Ferrara, Lot N° 65, Résidence Aya,
3 ème Étage, Bureau N° 7, Oulfa, Casablanca
Tél : 05 22 65 84 88 - Gsm : 06 23 98 82 87

الوفاق فيرارا، تجزئة 65 إقامة آية، الطابق

الثالث، مكتب رقم 7 ،اللفة، الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 65 84 88 - النقال : 06 23 98 82 87



1) Isopharm Tamol 99,00

2) Isopharm sur lange suisse 28,60

3) Chibroxine collyre 36,45

4) Tobradex pde 36,50

5) Chibroxine collyre 99,50

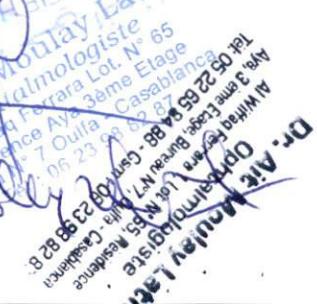
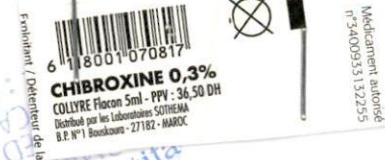
6) Simyal gel 0,3% 30,45

7) Pauement offert

HER MEDIC
PPC
99.00 DHS



TOBRADEX®
POMMAD OPHTALMIQUE
3,5G
Boîte de 1 tube
Laboratoires Sotema, Bouskoura
AMM N° 455/18 DMP/ 21/ NRO



PRI
VE
LOC
ADR

30,40

RIMA PHARMA
PVC : 125.00
NAYINDI PP
129.00

Clinique Stendhal
 18 Avenue Stendhal Casablanca
 Tel : +212522471594 Fax : Email :
 Numero de dossier : PT211028092603

Patient : SABBAGH TamouAdresse :
Tel :

Sexe : Féminin

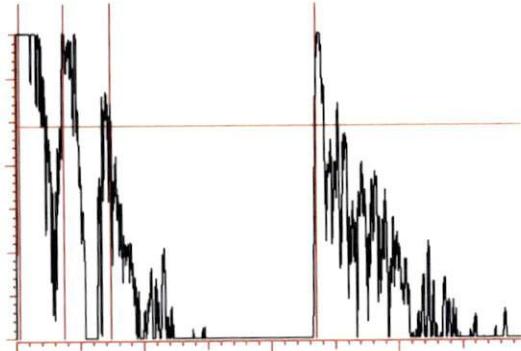
Date de naissance : 01 janv. 1958

Oeil : GaucheA <>
SABBAGH Tamou
Id:PT211028092603

OS

QM Aviso V:5.0.0 - 28 oct. 2021

Gain=95dB Dyn=35dB Tgc=10dB

Contact
Phaque

#5 CA= 3.41 L= 3.80 V=15.91 LT=23.22 (mm)

Vitesse CA=1532 L=1641 V=1532 (m/s)

Moy CA= 3.27 L= 4.00 V=15.93 LT=23.20 (mm)

Ec.Type CA= 0.40 L= 0.43 V= 0.31 LT= 0.17

Contact	Phaque	<Vitré (Naturel)>
Speed AC=1532 L=1641 V=1532 (m/s)		
#1 - AC= 3.29 L= 4.06 V=15.99 TL=23.35 (mm)		
#2 - AC= 4.02 L= 3.57 V=15.65 TL=23.24 (mm)		
#3 - AC= 2.32 L= 5.01 V=15.45 TL=22.78 (mm)		
#4 - AC= 3.12 L= 3.79 V=16.12 TL=23.04 (mm)		
>#5 - AC= 3.41 L= 3.90 V=15.91 TL=23.22 (mm) <		
#6 - AC= 3.39 L= 3.53 V=16.43 TL=23.35 (mm)		
#7 - AC= 3.04 L= 4.06 V=15.97 TL=23.08 (mm)		
#8 - AC= 3.27 L= 4.21 V=15.78 TL=23.26 (mm)		
#9 - AC= 3.45 L= 4.29 V=15.57 TL=23.30 (mm)		
#10 - AC= 3.39 L= 3.55 V=16.41 TL=23.35 (mm)		
Avg AC= 3.27 L= 4.00 V=15.93 TL=23.20 (mm)		
Stat-2 AC= 3.45 L= 4.29 V=15.45 TL=23.19 (mm)		
Std-Dev AC= 0.40 L= 0.43 V= 0.31 TL= 0.17		
>Gain=95dB Dyn=35dB Tgc=10dB		

Valeurs sélectionnées pour le calcul d'IOL : Moy CA : 3,27 mm C : 4,00 mm LT : 23,20 mm

K mesuré K1 : 45,42D @ 74° K2 : 46,29D @ 164° Km : 45,86D

Sphère : 0,00D

Cylindre : 0,00D @ 0°

ALCON SA60 AT 118.40 P - A=118.40

SRK-T
A = 118.40

IOL	Refr.
17.50	1.00
18.00	0.67
18.50	0.35
19.00	0.02
19.50	-0.32
20.00	-0.65
20.50	-1.00

IOL Emme : 19,03 D

Ame : 0,00 D

IOL Am : 19,03 D

AKREOS ADAPT - A=118.00

SRK-T
A = 118.00

IOL	Refr.
17.00	1.05
17.50	0.72
18.00	0.38
18.50	0.05
19.00	-0.29
19.50	-0.64
20.00	-0.98

IOL Emme : 18,57 D

Ame : 0,00 D

IOL Am : 18,57 D

EYECRYL PLUS 600 - A=118.00

SRK-T
A = 118.00

IOL	Refr.
17.00	1.05
17.50	0.72
18.00	0.38
18.50	0.05
19.00	-0.29
19.50	-0.64
20.00	-0.98

IOL Emme : 18,57 D

Ame : 0,00 D

IOL Am : 18,57 D

IOL 118.00 P - A=0.00

SRK-T
A = 0.00

IOL	Refr.
-0.50	16.43
0.00	10.40
0.50	4.60
1.00	-0.98
1.50	-6.35
2.00	-11.52
2.50	-16.51

IOL Emme : 0,91 D

Ame : 0,00 D

IOL Am : 0,91 D

Dr. Alt Moully Latifa
 Optométriste
 Al Watan Fennara 1, Lot N°65, Boulevarde
 4th Floor, Bureau N° 7, Oulfa - Casablanca
 Tel: 05 22 65 84 88 - GSM: 06 23 98 82 87

Clinique Stendhal
18 Avenue Stendhal Casablanca
Tel : +212522471594 Fax : Email :

Patient : SABBAGH Tamou

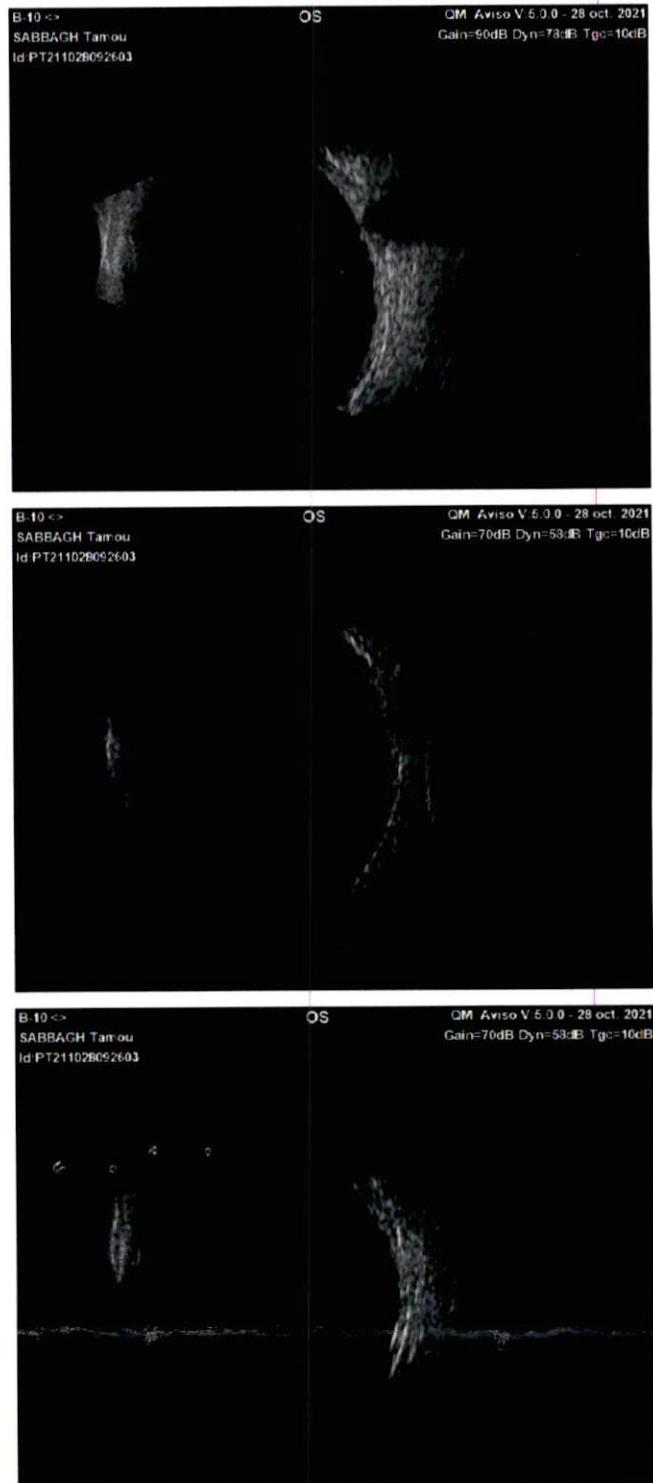
Adresse :

Tel :

Sexe : Féminin

Numéro de dossier : PT211028092603

Date de naissance : 01 janv. 1958

Indication :

OD cristallin échogène
 Segmant postérieur échographiquement normal
 OG cristallin hyperéchogène
 échos vitréens
 rétine en place

*Dr. Ait Moulai Latifa
 Opticienne Optométriste
 Al Witaq Fermea 1 lot N° 55, Résidence
 Aya, 3 eme Etage, Bouskoura 7,000 - Casablanca
 Tel: 05 22 65 84 88 - Gsm: 06 23 98 82 87*