

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.

Radiologie 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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1355

Société : RAM 18698

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Retraité BOU-MIA EL HABIB

Date de naissance :

25/12/1950

Adresse :

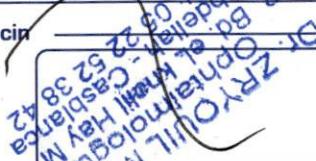
LOT ANNAZ N°18 SIDI JAAROUF
CASA BLANCA

Tél. 0668876478

Total des frais engagés 3.003 H + 1.200 J + Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

07/08/2022

Nom et prénom du malade :

BOUMIA EL HABIB

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

affection articulaire

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.

16 AOUT 2022

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

Le : 16/08/2022

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
07/06/2012 17/06/2012	CS + fb CS (CPA)	300,00 300,00		

20/06/2022 CT

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Leila EL KOUTI Lotissement Arja N 83 Sidi Maârouf - Casablanca TAI : 0522 91 25 83	20/06/22	30170

Cachet et signature du
Laboratoire et du Radiologue

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 CLINIQUE SADIQ FACTIR 77 40 30 01 332 Bd Pasteur Tel: 05 22 77 40 30 Fax: 05 22 77 40 30	12/06/22	PSI Q	300 D.H

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

A diagram of a dental arch (maxilla) with 12 numbered teeth. The teeth are arranged in four quadrants: upper left (1-4), upper right (3-6), lower left (5-8), and lower right (7-10). A coordinate system is overlaid on the arch, with the vertical axis labeled 'H' at the top, the horizontal axis labeled 'D' on the left, and the diagonal axis labeled 'G' on the right. The teeth are represented by small circles with numbers, and the arch is shown in a perspective view.

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



20/06/2022

ORDONNANCE

Médecin traitant :

Patient : **MR. BOUMIAEL HABIB**

OCUSERUM

1 lavage le matin dans l'oeil concerné pendant



SPECTRUM 250 mg

1 comprimé matin et soir pendant 5 jours



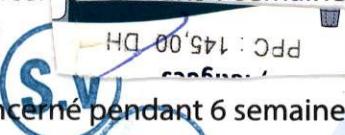
Frakidex Collyre

1 goutte 4 fois par jour dans l'oeil concerné pendant 1 semaine

1 goutte 3 fois par jour dans l'oeil concerné pendant 1 semaine

1 goutte 2 fois par jour dans l'oeil concerné pendant 1 semaine

1 goutte 1 fois par jour dans l'oeil concerné pendant 1 semaine



Aqualarm Collyre

1 goutte 4 fois par jour dans l'oeil concerné pendant 6 semaines



Frakidex Pommade

1 application le soir dans l'oeil concerné pendant 1 semaine



Rondelles Ophthalmologiques

X
Dr. ZRYOUIL Merieme
Ophthalmologue
52, Bd. EL khattil Hay M Y
Abdallah - Casablanca
Tél: 05 22 52 38 42





FACTURE

N°: 11640 / 2022 du 13/06/2022

CPA

Nom patient	BOU-MIA El Habib	Entrée	17/06/2022
	PAYANT	Sortie	17/06/2022

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
FRAIS CLINIQUE	CPA	1,00	150,00	150,00
				<i>Sous-Total</i> 150,00
Total Clinique				150,00
DR. ANWAR ARMEL (anesthesiste)	CPA	1,00	150,00	150,00
				<i>Sous-Total</i> 150,00
Total Autres prestations				150,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS	Total	300,00

Dr. Anwar ARMEL

Anesthésiste Réanimateur

Anesthésiste-Réanimateur

Dr. Anwar ARMEL

CLINIQUE AL MADINA
FACTURATION
532, Bd Panoramique - Casablanca
Tél. : 05 22 77 77 40 à 49 (L.G)
Fax : 05 22 25 00 01



FACTURE

N°: 11639 / 2022 du 13/06/2022

BIOMETRIE

Nom patient	BOU-MIA El Habib	Entrée	17/06/2022
	PAYANT	Sortie	17/06/2022

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
BIOMETRIE	1,00		300,00	300,00
Total Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS	Total	300,00

CLINIQUE AL MADINA
FACTURATION
532 Bd Panoramique - Casablanca
Tél : 05 22 77 77 40 à 49 (L.G)
Fax : 05 22 25 00 01

Nom : **BOUMIA, EL HABIB**

ID :

Date de naissance : 25/12/1950

Date de mesure : 17/06/2022

Opérateur : **Clinique Al Madina**

Formule : SRK®/T

Réfraction cible : 0.0 D

n : 1.3375



Vérifier la plausibilité des valeurs de mesure AL, car des modifications pathologiques sont possibles !

OD
droite

AL : 23.51 mm (SNR = 33.5)
K1 : 45.79 D / 7.37 mm x 75°
K2 : 46.94 D / 7.19 mm x 165°
R / ES : 7.28 mm / 46.36 D
Cyl. : -1.15 D x 75°

Réfraction : 0 D 0 D x 0°

État : Phaque

**.Zeiss CT LUCIA
601P/PY**

Alcon SA60AT

Const. A : 119.20

Const. A : 118.80

IOL (D)	REF (D)	IOL (D)	REF (D)
20.0	-1.00	19.5	-0.99
19.5	-0.68	19.0	-0.67
19.0	-0.37	18.5	-0.35
18.5	-0.06	18.0	-0.03
18.0	0.25	17.5	0.29
17.5	0.56	17.0	0.60
17.0	0.86	16.5	0.90

IOL emm. : 18.41

IOL emm. : 17.95

AL : 23.50 mm (SNR = 94.6)
K1 : 45.73 D / 7.38 mm x 99°
K2 : 46.68 D / 7.23 mm x 9°
R / ES : 7.30 mm / 46.20 D
Cyl. : -0.95 D x 99°

OS
gauche

Réfraction : 0 D 0 D x 0°

État : Phaque

**.Zeiss CT LUCIA
601P/PY**

Alcon SA60AT

Const. A : 119.20

Const. A : 118.80

IOL (D)	REF (D)	IOL (D)	REF (D)
20.0	-0.87	19.5	-0.87
19.5	-0.55	19.0	-0.54
19.0	-0.24	18.5	-0.22
18.5	0.07	18.0	0.10
18.0	0.38	17.5	0.41
17.5	0.69	17.0	0.73
17.0	0.99	16.5	1.03

IOL emm. : 18.62

IOL emm. : 18.16

**LUCIDIS 108
LUCIDIS 108 MT**

**Biotech Vision Eyecryl
Plus 600**

**LUCIDIS 108
LUCIDIS 108 MT**

**Biotech Vision Eyecryl
Plus 600**

Const. A : 118.15

Const. A : 118.40

Const. A : 118.15

Const. A : 118.40

IOL (D)	REF (D)	IOL (D)	REF (D)
19.0	-1.17	19.0	-0.97
18.5	-0.83	18.5	-0.64
18.0	-0.49	18.0	-0.31
17.5	-0.16	17.5	0.01
17.0	0.16	17.0	0.33
16.5	0.49	16.5	0.65
16.0	0.81	16.0	0.96

IOL emm. : 17.25

IOL emm. : 17.52

IOL emm. : 17.45

IOL emm. : 17.72

(* = modification manuelle, ! = Valeur incertaine !)