

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1511

Société : MUPRAS

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KOURANE Latifa

Date de naissance : 18/03/1950

Adresse : Résidence V.I.A. 1004 Apt 2 oufia  
Casablanca

Tél. : 06 69 13 13 32

Total des frais engagés

600,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 13/06/2011

Nom et prénom du malade : KOURANE LATIFA Age : \_\_\_\_\_

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

cataracte d/oG

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

Le : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature de l'adhérent(e) :

Kourane



## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<b>CLINIQUE AL MAMINA</b> <b>FACTURATION</b> <b>332 Bd Panoramique - Casablanca</b> <b>Tél. : 05 22 77 40 519 (L.G.)</b> <b>Fax : 05 22 75 00 01</b>	17/06/22	BIC	300 DH

## AUXILIAIRES MEDICAUX

#### **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'ODP.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient											
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>															
<b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b>		<b>H</b>	<b>D</b>	<b>B</b>											
<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table>		25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		00000000	00000000	35533411	11433553	<b>G</b>			
25533412	21433552														
00000000	00000000														
<hr/>															
00000000	00000000														
35533411	11433553														
<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession															
<b>CŒFFICIENT DES TRAVAUX</b>															
<b>MONTANTS DES SOINS</b>															
<b>DEBUT D'EXECUTION</b>															
<b>FIN D'EXECUTION</b>															
<b>CŒFFICIENT DES TRAVAUX</b>															
<b>MONTANTS DES SOINS</b>															
<b>DATE DU DEVIS</b>															
<b>DATE DE L'EXECUTION</b>															

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. Malika BOUKSIM**

**OPHTHALMOLOGISTE**

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux

Laser - Angiographie

Contactologie

Strabologie

**الدكتورة بوعسيم مليكة**

**طب العيون**

**دبلوم التشخيص بالأمواج ما فوق الصوتية**

**اختصاصية في أمراض و جراحة العيون**

**الليزر....**

Casa le :

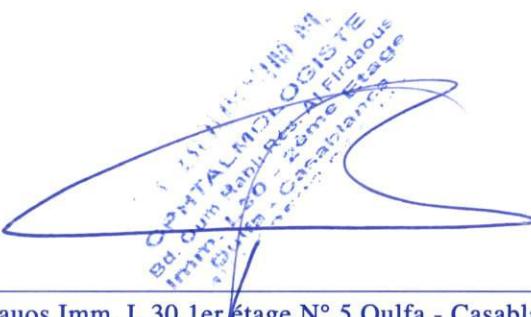
13/06/2022

KOURAME Latifa

cataracte du œil

C.P.A

Bionometrie



Bd. Oum Rabii Gpe Résidence Al Firdaus Imm. L 30 1er étage N° 5 Oulfa - Casablanca  
Tél. : 05 22 91 41 11

Nom : **KOURAME, LATIFA**

ID :

Date de naissance : 18/03/1950

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 : 25.50 mm (SNR = 20.4)  
K1 : 42.72 D / 7.90 mm x 74°  
K2 : 44.29 D / 7.62 mm x 164°  
R / ES : 7.76 mm / 43.50 D  
Cyl. : -1.57 D x 74°

Réfraction : 0 D 0 D x 0°

État : Phaque

**OS**  
gauche

AL : 26.59 mm (SNR = 147.8)  
K1 : 43.77 D / 7.71 mm x 61°  
K2 : 43.95 D / 7.68 mm x 151°  
R / ES : 7.70 mm / 43.86 D  
Cyl. : -0.18 D x 61°

Réfraction : 0 D 0 D x 0°

État : Phaque

.Zeiss CT LUCIA  
601P/PY

Alcon SA60AT

.Zeiss CT LUCIA  
601P/PY

Alcon SA60AT

Const. A : 119.20

Const. A : 118.80

Const. A : 119.20

Const. A : 118.80

IOL (D)	REF (D)	IOL (D)	REF (D)
16.5	-0.86	16.5	-1.11
16.0	-0.54	16.0	-0.77
15.5	-0.21	15.5	-0.44
<b>15.0</b>	<b>0.11</b>	<b>15.0</b>	<b>-0.11</b>
14.5	0.43	14.5	0.21
14.0	0.74	14.0	0.54
13.5	1.05	13.5	0.86

IOL (D)	REF (D)	IOL (D)	REF (D)
16.5	-1.11	13.0	-1.00
16.0	-0.77	12.5	-0.68
15.5	-0.44	12.0	-0.37
<b>15.0</b>	<b>-0.11</b>	<b>11.5</b>	<b>-0.06</b>
14.5	0.21	11.0	0.25
14.0	0.54	10.5	0.56
13.5	0.86	10.0	0.86

IOL (D)	REF (D)	IOL (D)	REF (D)
13.0	-1.00	12.5	-0.86
12.5	-0.68	12.0	-0.54
12.0	-0.37	11.5	-0.22
<b>11.5</b>	<b>-0.06</b>	<b>11.0</b>	<b>0.10</b>
11.0	0.25	10.5	0.41
10.5	0.56	10.0	0.72
10.0	0.86	9.5	1.02

IOL (D)	REF (D)	IOL (D)	REF (D)
12.5	-0.86	12.0	-0.54
12.0	-0.22	11.5	-0.22
<b>11.0</b>	<b>0.10</b>	<b>11.0</b>	<b>0.10</b>
10.5	0.41	10.5	0.41
10.0	0.72	10.0	0.72
9.5	1.02	9.5	1.02

IOL emm. : 15.17

IOL emm. : 14.83

IOL emm. : 11.41

IOL emm. : 11.15

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)
16.0	-1.17	16.0	-1.02
15.5	-0.82	15.5	-0.67
15.0	-0.48	15.0	-0.34
<b>14.5</b>	<b>-0.14</b>	<b>14.5</b>	<b>0.00</b>
14.0	0.20	14.0	0.33
13.5	0.53	13.5	0.66
13.0	0.86	13.0	0.98

IOL (D)	REF (D)	IOL (D)	REF (D)
16.0	-1.02	12.5	-1.16
15.5	-0.67	12.0	-0.82
15.0	-0.34	11.5	-0.49
<b>14.5</b>	<b>0.00</b>	<b>11.0</b>	<b>-0.16</b>
14.0	0.33	10.5	0.17
13.5	0.66	10.0	0.49
13.0	0.98	9.5	0.81

IOL (D)	REF (D)	IOL (D)	REF (D)
12.5	-1.16	12.5	-1.04
12.0	-0.82	12.0	-0.71
11.5	-0.49	11.5	-0.38
<b>11.0</b>	<b>-0.16</b>	<b>11.0</b>	<b>-0.06</b>
10.5	0.17	10.5	0.26
10.0	0.49	10.0	0.58
9.5	0.81	9.5	0.89

IOL (D)	REF (D)	IOL (D)	REF (D)
12.5	-1.04	12.0	-0.71
12.0	-0.38	11.5	-0.38
<b>11.0</b>	<b>-0.06</b>	<b>11.0</b>	<b>-0.06</b>
10.5	0.26	10.5	0.26
10.0	0.58	10.0	0.58
9.5	0.89	9.5	0.89

IOL emm. : 14.30

IOL emm. : 14.50

IOL emm. : 10.76

IOL emm. : 10.91

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

# CLINIQUE AL MADINA

## F A C T U R E

N° : 11616 / 2022 du 17/06/2022

CPA

Nom patient KOURAME LATIFA 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
<b>Total Clinique</b>				<b>150,00</b>
DR. ANWAR ARMEL (anesthesiste) CPA	1,00		150,00	150,00
<i>Sous-Total</i>				150,00
<b>Total Autres prestations</b>				<b>150,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS

**Total 300,00**

Dr. Anwar ARMEL  
Anesthésiste-Réanimateur

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

# CLINIQUE AL MADINA

## F A C T U R E

N° : **11614 / 2022** du **17/06/2022**

**BIOMETRIE**

Nom patient **KOURAME LATIFA**  
**PAYANT**

Entrée **17/06/2022**  
Sortie **17/06/2022**

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

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> <b>TROIS CENTS DIRHAMS</b>	<b>Total</b> <b>300,00</b>

*CLINIQUE AL MADINA  
FACTURATION  
532, Bd Panoramique - Casablanca  
Tél.: 05 22 77 77 40 à 49 (1G)  
Fax : 05 22 25 00 01*