

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.

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8841

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

FLANOUAR HALIMA

Date de naissance :

06/07/65

Adresse :

3- Rue Racine les SARA apt 2 Val-fleur Casablanca

Tél. : 06 07 43 59 17

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09/11/2022

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection oculaire

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.

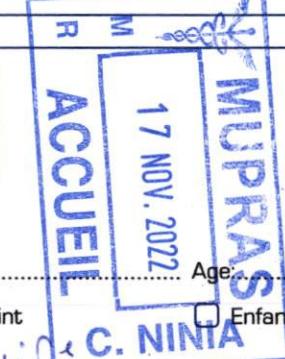
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

C. NINIA



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
09/11/2011	CS + Télographie	1	560	15, Rue Koenig Mastif - Casseuil Tél: 0222 50 00 00 Fax: 0222 50 00 01 INPEL
11/11/2011	A. Vaccin	1		

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

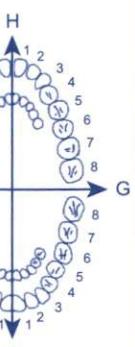
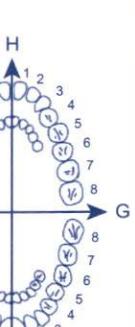
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



CENTRE D'OPHTALMOLOGIE DE CASABLANCA

Docteur Nezha MIYARA

Lauréats de l'Université Libre de Bruxelles

Docteur Abderrahmane RAISS

Dr. Abderrahmane RAISS

Chirurgie de la Cataracte par Pharcoémulsification

Chirurgie de la Myopie, Astigmatisme, Hypermétropie,

Reçu de caisse N° : 281474976740285

الدكتور الرئيس عبد الرحمن

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

جراحة المياه البيضاء (الجلالة)

علاج قصر النظر،遠視 و التبصّر

Casablanca, le

rajae

Identifiant patient	Nom du patient	Date encaissement
PT221031173426	EL ANOUAR Halima	09/11/2022

Mode Règlement	Motif / Référence de paiement	Montant Dhs
Espèce	cons réfractive	500,00
	+ Topographie (AEROSURF)	
Reçu établi par :	Total payé	500,00



15, Rue Kadi Iass - Mâarif - 20100 Casablanca - **Tél.** : 05 22 98 44 66 / 26 - **Fax** : 05 22 99 01 84

E-mail : drraiss@ophtalmologie-maroc.com - Web : www.ophtalmologie-maroc.com

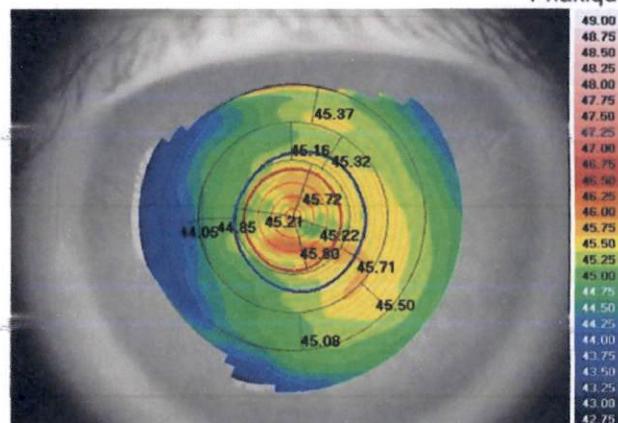
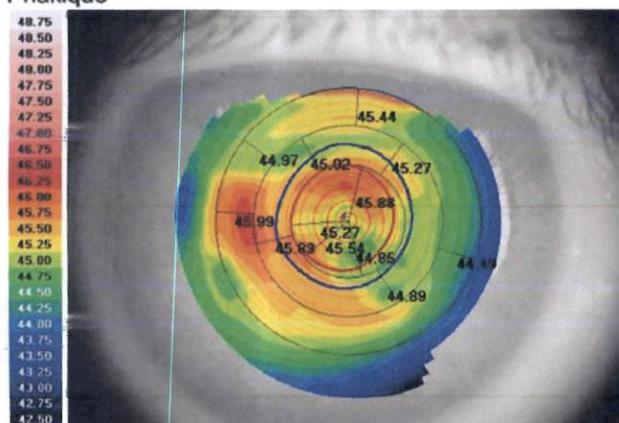
Prise rendez-vous par E-mail : contact@ophtalmologie-maroc.com - ICE : 001602596000056

Patient : EL ANOUAR HALIMA
 Patient ID : EH
 Date de Naissance: 06/07/1965
 (jj/mm/aaaa)

Chirurgien : RAISS ABDERRAHMANE
 Date Examen : 09/11/2022 - 10:51
 (jj/mm/aaaa)

OD

Phakique


D

Carte Normalisée

D
Synthèse des mesures

AL	22.79mm	K1	45.26D	152°
ACD	3.81mm	K2	45.60D	62°
LT	3.95mm	CCT	0.496mm	
WTW	12.07mm	Dec	(-0.40, -)	

AL	22.61mm	K1	45.25D	0°
ACD	3.70mm	K2	45.53D	90°
LT	3.93mm	CCT	0.492mm	
WTW	12.01mm	Dec	(0.46, 0.02)	

Index Kérato-réfractifs

CYL 3 mm	0.33 D	Ax: 52°		CYL 3 mm	0.45 D	Ax: 79°	
CYL 5 mm	0.42 D	Ax: 37°		CYL 5 mm	0.00 D	Ax: 90°	
SD	SAI	ϵ	Kc	SD	SAI	ϵ	Kc
0.69 D	0.25 D	0.48	45.22	0.74 D	0.17 D	0.56	45.54

Criblage du kératocône

AK	AGC	SI	p	AK	AGC	SI	p
48.41 D	1.64 D/mm	0.06 D	4%	47.83 D	1.59 D/mm	0.15 D	0%

Pupille

Photo:	Diamètre	2.71 mm	Dec	(-0.16, 0.09)mm		Photo:	Diamètre	2.61 mm	Dec	(0.00, -0.07)mm
Meso:	Diamètre	3.64 mm	Dec	(-0.10, 0.12)mm		Meso:	Diamètre	3.54 mm	Dec	(0.20, -0.11)mm

Zernike Analysis 5 mm
