

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 canaux, 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 canaux.

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.

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° P19- 0037531

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8841 Société : 137839

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ELANOUAR HALIMA

Date de naissance : 06/07/1965

Adresse : 3. Rue Racine Les SARA gdr 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 : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : affection oculaire C. NINIA

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) :

RELEVÉ 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
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

09/11/22	CS - Tégastrophie	1	560	
----------	-------------------	---	-----	--

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
---	------	------------------------------	------------------------

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

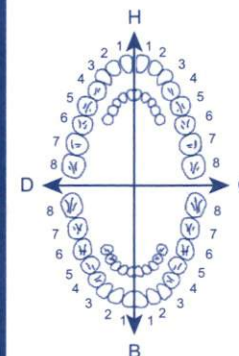
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
----------------	------------------	-------------



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

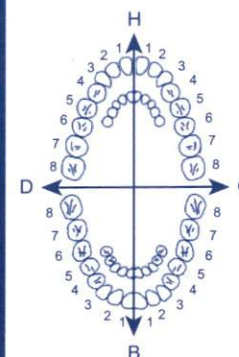
O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		G	
25533412	21433552	00000000	00000000
D	00000000	00000000	00000000
35533411	11433553		
B			

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX

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



CENTRE D'OPHTALMOLOGIE DE CASABLANCA

Docteur Nezha MIYARA Docteur Abderrahmane RAISS
Lauréats de l'Université Libre de Bruxelles

Dr. Abderrahmane RAISS

*Chirurgie de la Cataracte par Pharcoémulsification
Chirurgie de la Myopie, Astigmatisme, Hypermétropie,
Presbytie (Laser, Implant)*

الدكتور الرايس عبد الرحمان
*اختصاصي في أمراض وجراحة العيون
جراحة المياه البيضاء (الجلالة)
علاج قصر النظر (الليزر أو الزرع)*

Reçu de caisse N° : 281474976740285

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 (ALANOUAR)	
Reçu établi par :	Total payé	500,00



Patient : EL ANOUAR HALIMA

Chirurgien : RAISS ABDERRAHMANE

Patient ID : EH

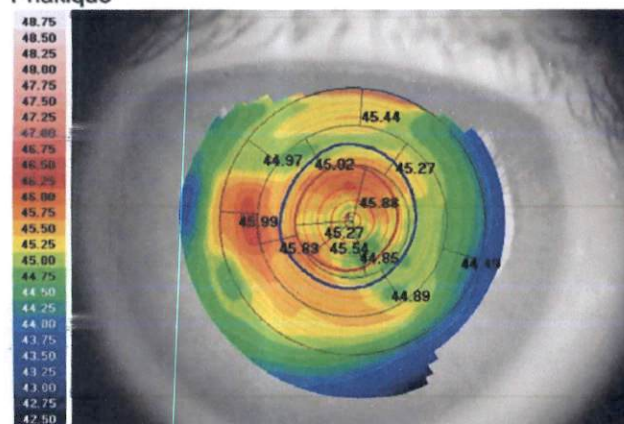
Date Examen : 09/11/2022 - 10:51

Date de Naissance: 06/07/1965

(jj/mm/aaaa)

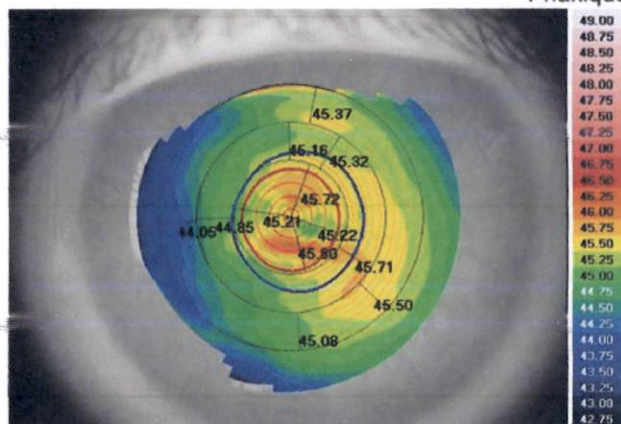
OD

Phakique



OS

Phakique



D Carte Normalisée Carte Normalisée D

Synthèse des mesures

AL	22.79mm	K1	45.26D	152°	AL	22.61mm	K1	45.25D	0°
ACD	3.81mm	K2	45.60D	62°	ACD	3.70mm	K2	45.53D	90°
LT	3.95mm	CCT	0.496mm		LT	3.93mm	CCT	0.492mm	
WTW	12.07mm	Dec	{ 0.40, ... }		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	e	Kc	SD	SAI	e	Kc
0.69 D	0.25 D	0.48	45.22	0.74 D	0.17 D	0.56	45.54

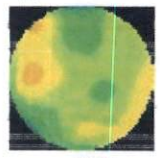
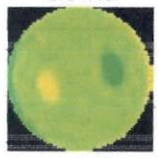

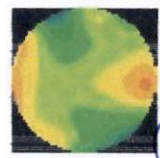


Criblage du kératocône

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

Mappe d'Aberrations	Coma	Ab. Sphér.	Mappe d'Aberrations	Coma	Ab. Sphér.
					
rms 0.35 µm	rms 0.15 µm	rms 0.11 µm	rms 0.46 µm	rms 0.15 µm	rms 0.01 µm