

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

- 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



Déclaration de Maladie

M22- 0012349

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1300 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BIAZ Najib
 Date de naissance : 15-11-1949
 Adresse : Bd MEKKA Lotissement FLORIDA lot 5 Calypso Casa
 email : nbiaz@hotmail.com
 Tél. : 0661148651 Total des frais engagés : 600,- Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 15 DEC 2022
 Nom et prénom du malade : BIAZ NAJIB Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection oculaire
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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 : Casa Le : 19 / 12 / 2022
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
15 DEC 2022	K40	600,00		Dr Mouhssine D'KHISSA Ophthalme et Opticien 100, Bd Brahim Roumani, 2e Etage Tél: 0522 25 48 88 / Fax: 0522 25 70 81 CASABLANCA

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

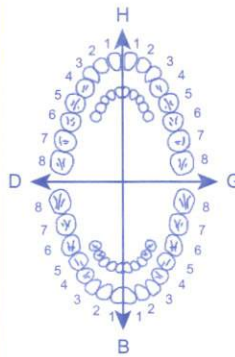
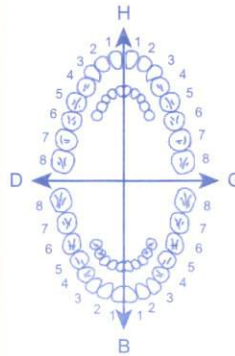
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez 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 <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 <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				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

Dr Mouhssine D'KHISSY

Ophtalmologiste

Ex-Professeur – Assistant au CHU Ibn Rochd
Attestation de formation spécialisée approfondie
Université de Nantes
Maladies et chirurgie des yeux
Echographie – Angiographie – Laser



الدكتور الدخيسي محسن
طب العيون

أستاذ مساعد سابق بمستشفى ابن رشد
الدار البيضاء
أمراض و جراحة العيون

Casablanca, le 15 DEC 2022

NOTE D HONORAIRE

NOM PRENOM : Mr. BIAZ Najib

ACTE : K40

MONTANT : 600.00DHS (SIX CENTS DHS)

Dr Mouhssine D'KHISSY
Ophtalmologiste
400, Bd Brahim Roudani, 2e Etage
Tél: 0522 25 48 88 / Fax: 0522 25 70 88
CASABLANCA

Dr Mouhssine D'KHISY

Ophtalmologiste

Ex-Professeur – Assistant au CHU Ibn Rochd
Attestation de formation spécialisée approfondie
Université de Nantes
Maladie et chirurgie des yeux
Echographie – Angiographie – Laser



دكتور الدخيسي محسن
طب العيون

أد مساعد سابق بمستشفى ابن رشد
الدار البيضاء
أمراض و جراحة العيون

Casablanca, le.....

15 DEC 2022

Nom : BIAZ

Prénom : NAJIB

MEDECIN TRAITANT : DR DKHISY

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES:

COMPTE RENDU ECHOGRAPHIQUE :

OEIL GAUCHE

BIOMETRIE : Longueur axiale : 22.76 mm

P Implant : 20 d (A/118)

P Implant : 21 d (A/119)

Echographie(B) :

SONDE 10 MHZ /20 MHZ

Cristallin hyperéchogène

ECHOS VITREENS POSTERIEURS

Dr Mouhssine D'KHISY
Ophtalmologiste
400, Bd Brahim Rouhani, 2e Etage
CASABLANCA
Tel: 0522 25 48 88 / Fax: 0522 25 70 88

CABINET DR D'KHISSY MOUHSSINE

400 BOULEVARD BRAHIM ROUDANI - 20330 CASABLANCA - MAROC

Tél. : 0522254888 - Fax: - Email : dkhissym@yahoo.fr

Patient: Biaz Najib

Adresse: -

Tél.: -

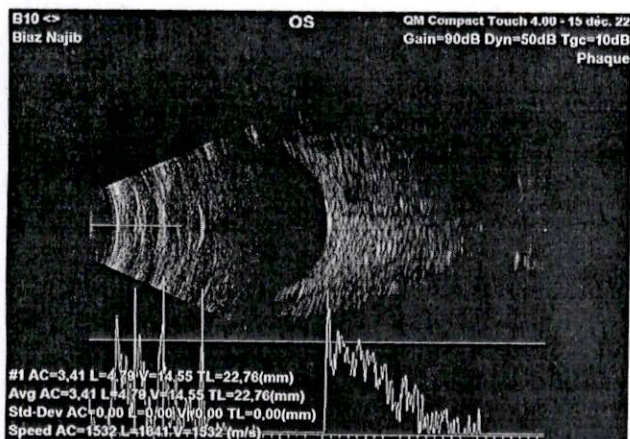
N° de dossier:

Sexe:

Date de naissance: 15 nov. 1949

Oeil: OS

Date d'examen: 15 déc. 2022



	Phaque		Œil Normal	
Mesure Sélectionnée	C.A.(mm)	C.(mm)	V.(mm)	L.T.(mm)
m/s	1532	1641	1532	
#1	3,41	4,79	14,55	22,76
Avg	3,41	4,79	14,55	22,76
Stat-2	3,41	4,79	14,55	22,76
Std-Dev	0,00	0,00	0,00	0,00

Valeurs sélectionnées pour le calcul LIO		#1	C.A.: 3,41 mm	C.: 4,79 mm	L.T.: 22,76 mm
K Mesuré		K1: 7,11 mm @ 0° - K2: 7,57 mm @ 0°			K: 45,98 D
Données de Réfraction		Sphère: 0,00 D - Cylindre: 0,00 D @ 0°			

IOL 115.00 A - A = 115,000	IOL (D)	Refract. (D)
SRK-T	14,50	1,69
A = 115,000	15,00	1,30
Emme: 16,67 D	15,50	0,92
Ame: 0,00 D	16,00	0,53
IOL Ame: 16,67 D	16,50	0,13
	17,00	-0,27
	17,50	-0,67
	18,00	-1,08
	18,50	-1,49

IOL 118.00 P - A = 118,000	IOL (D)	Refract. (D)
SRK-T	18,00	1,23
A = 118,000	18,50	0,90
Emme: 19,82 D	19,00	0,56
Ame: 0,00 D	19,50	0,22
IOL Ame: 19,82 D	20,00	-0,12
	20,50	-0,47
	21,00	-0,82
	21,50	-1,17
	22,00	-1,53

IOL 118.40 P - A = 118,400	IOL (D)	Refract. (D)
SRK-T	18,50	1,20
A = 118,400	19,00	0,87
Emme: 20,31 D	19,50	0,54
Ame: 0,00 D	20,00	0,21
IOL Ame: 20,31 D	20,50	-0,13
	21,00	-0,47
	21,50	-0,81
	22,00	-1,16
	22,50	-1,51

IOL 118.70 P - A = 118,700	IOL (D)	Refract. (D)
SRK-T	18,50	1,42
A = 118,700	19,00	1,10
Emme: 20,69 D	19,50	0,78
Ame: 0,00 D	20,00	0,45
IOL Ame: 20,69 D	20,50	0,13
	21,00	-0,21
	21,50	-0,54
	22,00	-0,88
	22,50	-1,23

CABINET

DR D'KHISSY MOUHSSINE

400 BOULEVARD BRAHIM ROUDANI - 20330 CASABLANCA - MAROC

Tél. : 0522254888 - Fax: - Email : dkhissym@yahoo.fr

Patient: Biaz Najib

N° de dossier:

Adresse: -

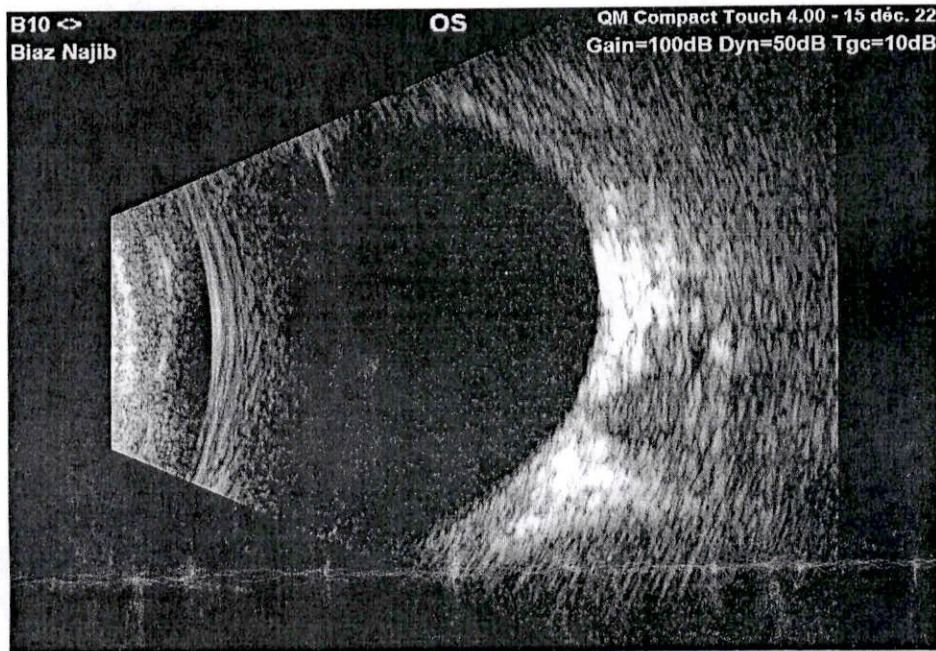
Tél.:

Sexe:

Date de naissance: 15 nov. 1949

Oeil: OS

Date d'examen: 15 déc. 2022



Oeil: OS

Date d'examen: 15 déc. 2022

