

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.

M22- 0012349

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

*compte
frais*

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 10ème étage FLORIDA lot 5 Califothie casa

email : nbiaz@hotmail.com

Tél. : 06 61 14 86 51

Total des frais engagés : 600,- Dhs

Cadre réservé au Médecin

*Dr Mouhssine O'HIGGINS
Ophtalmologue
100, Bd Brahim Roudani, 2^e Etage
0522 25 48 88 / Fax: 0522 25 70 88
CASABLANCA*

Cachet du médecin :

Date de consultation :

15 DECEMBRE 2012

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 : 19/12/2012

Signature de l'adhérent(e) : NBIAZ



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
15 DEC 2022	K40		600,00	Dr Mouhssine O'HANNA Ophtalmologue ad Brahim Souidani, 2e Etage T: +212 522 48 88 / Fax: 0522 25 70 83 BLANCA

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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.

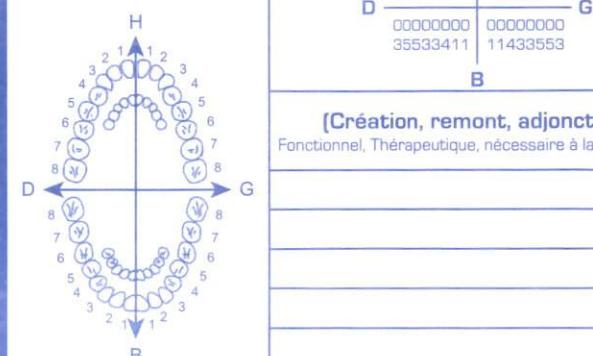
Important :

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	D	G
25533412	21433552	
00000000	00000000	
00000000	00000000	
35533411	11433553	



(Création, remont, adjonction)

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 الدخيسى 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, 2^e Etage
Tél: 0522 25 48 88 Fax: 0522 25 70 88
CASABLANCA

Dr Mouhssine D'KHISSY
Ophthalmologist

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



دكتور الدخيلي محسن
طب العيون

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

Casablanca, le

15 DEC. 2022

Nom : BIAZ
Prénom : NAJIB
MEDECIN TRAITANT : DR D KHISY

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'KHISSY
Ophthalmologist
400, Bd Brâni, Route 26 El Oued
Casablanca 25722 0522 254888 / 0522 2570 88
Tél: 0522 254888 / Fax: 0522 2570 88

CABINET
DR D'KHISY MOUHSSINE
400 BOULEVARD BRAHIM ROUDANI - 20330 CASABLANCA - MAROC
Tél. : 0522254888 - Fax: - Email : dkhissym@yahoo.fr

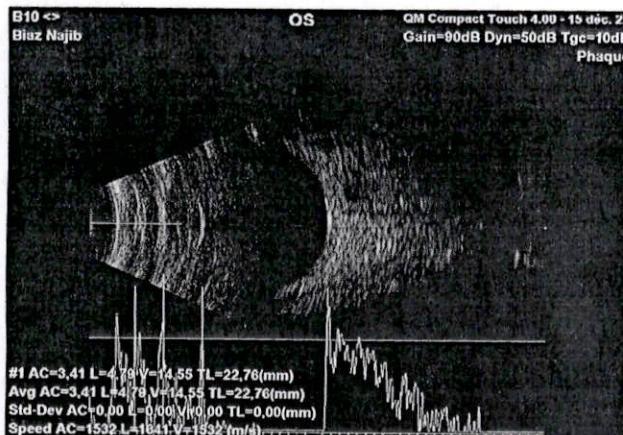
Patient: Biaz Najib

Adresse: -
Tél.:

Sexe:

N° de dossier:
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		
A= 115,000	14,50	1,69
Emme: 16,67 D	15,00	1,30
Ame: 0,00 D	15,50	0,92
IOL Ame: 16,67 D	16,00	0,53
	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		
A= 118,000	18,00	1,23
Emme: 19,82 D	18,50	0,90
Ame: 0,00 D	19,00	0,56
IOL Ame: 19,82 D	19,50	0,22
	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		
A= 118,400	18,50	1,20
Emme: 20,31 D	19,00	0,87
Ame: 0,00 D	19,50	0,54
IOL Ame: 20,31 D	20,00	0,21
	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		
A= 118,700	18,50	1,42
Emme: 20,69 D	19,00	1,10
Ame: 0,00 D	19,50	0,78
IOL Ame: 20,69 D	20,00	0,45
	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: -

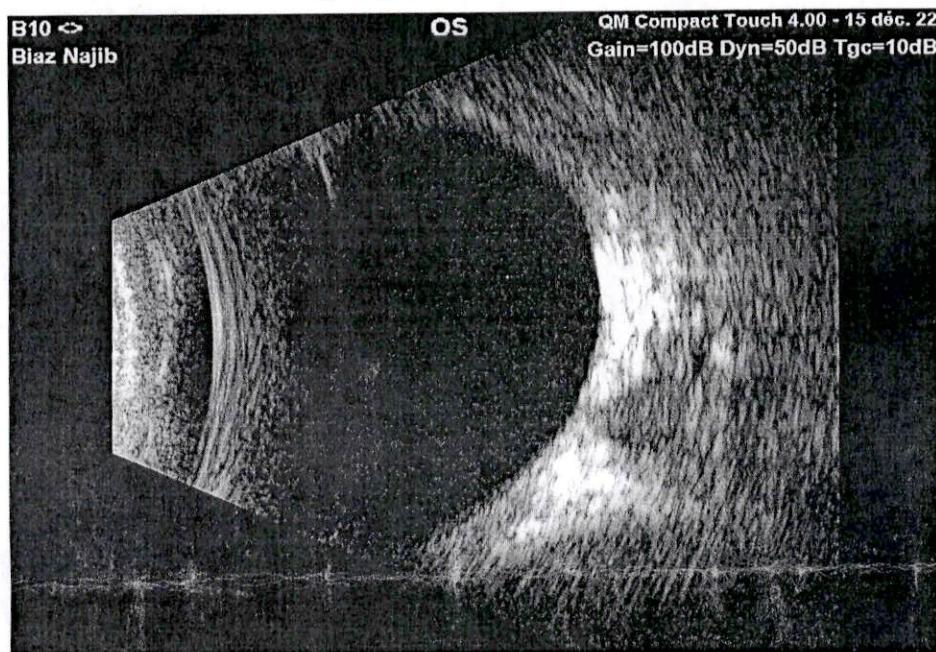
Tél.:

Sexe:

Date de naissance: 15 nov. 1949

Oeil: OS

Date d'examen: 15 déc. 2022

**Oeil: OS**

Date d'examen: 15 déc. 2022

