

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

- Reclamation : 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 822 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : HAMZA 2012

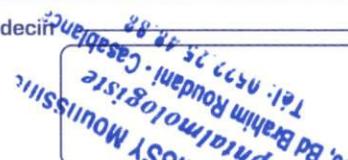
Date de naissance : 1948

Adresse : B. 50 N°42 Sidi OTHMANE

Tél. : 06 72 13 60 56 Total des frais engagés : 0.00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 0/0/00 Nom et prénom du malade : HAMZA 2012 Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Affection Oculaire

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

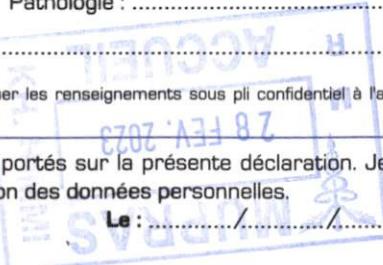
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : Casablanca Le : 0/0/00

Signature de l'adhérent(e) :



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
05.FEV.2023	✓	600,00		Dr. Rahim Roudani Dentiste et Prothésiste Casablanca Tel: 0527 25 18 88 Mounssine

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

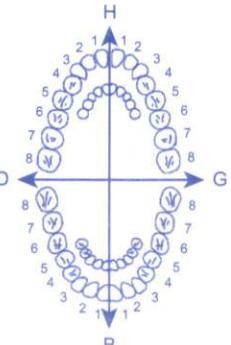
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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	CŒFFICIENT DES TRAVAUX



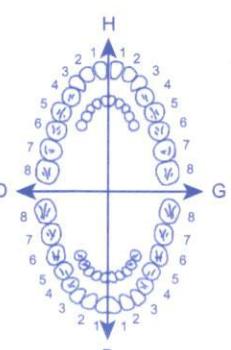
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

CŒFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

Dr Mouhssine D'KHISSY
Ophtalmologiste



Ex-Professeur – Assistant au CHU Ibn Rochd
Attestation de formation spécialisée approfondie
Université de Nantes
Maladie 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 06 FEV. 223

Nom : HAMZA
Prénom : ZOHRA
MEDECIN TRAITANT : DR BOUTOUR CHAFIQ

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES:

COMPTE RENDU ECHOGRAPHIQUE :

OEIL DROIT

BIOMETRIE :

Longueur axiale : 22.29 mm
P Implant : 22 D (A/118)
P Implant : 23 D (A/119)

Echographie(B) :

SONDE 10 MHZ /20 MHZ

Cristallin hyperéchogène
ECHOS VITREENS POSTERIEURS

OEIL GAUCHE

BIOMETRIE :

Longueur axiale : 22.36 mm
P Implant : 22 D (A/118)
P Implant : 23 D (A/119)

Echographie(B) :

SONDE 10 MHZ /20 MHZ

Cristallin hyperéchogène
ECHOS VITREENS POSTERIEURS



CABINET

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

Patient: Hamza Zohra

Date de naissance: 01 janv. 1948

Adresse:

N° de dossier:

Sexe:

Tél.:

06 févr. 2023

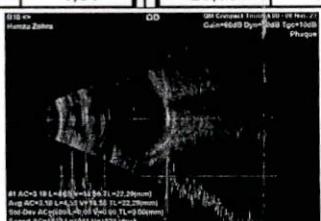
Date d'examen: 06 févr. 2023

OD			OS		
K1: 7,44 mm @0° - K2: 7,52 mm @0°		K: 45,12 D	K Mesuré	K1: 7,41 mm @0° - K2: 7,51 mm @0°	
Sphère: 0,00 D		Cylindre: 0,00 D @0°	Données de Réfraction	Sphère: 0,00 D	Cylindre: 0,00 D @0°
Phaque	Œil Normal	Paramètres		Phaque	Œil Normal
C.A.: 1532m/s	C.: 1641m/s	V.: 1532m/s	Vitesses	C.A.: 1532m/s	C.: 1641m/s
C.A.: 3,18mm	C.: 4,55mm	L.T.: 22,29mm	Longueur axiale	C.A.: 3,57mm	C.: 4,10mm
					L.T.: 22,36mm

IOL 115,00 A	IOL 118,00 P	Réf. IOL	IOL 115,00 A	IOL 118,00 P
A = 115,000	A = 118,000		A = 115,000	A = 118,000
SRK-T	SRK-T	Formule	SRK-T	SRK-T
A= 115,000	A= 118,000	Cste.	A= 115,000	A= 118,000
18,72D	22,22D	Emmetropie (Emme)	18,42D	21,86D
0,00D	0,00D	Cible (Ame)	0,00D	0,00D
18,72D	22,22D	IOL (IOL Ame)	18,42D	21,86D
IOL (D)	Refract. (D)	Amétropie	IOL (D)	Refract. (D)
16,50	1,78		16,50	1,54
17,00	1,39		17,00	1,20
17,50	0,99		17,50	0,85
18,00	0,59		18,00	0,51
18,50	0,18		18,50	0,15
19,00	-0,23		19,00	-0,20
19,50	-0,65		19,50	-0,57
20,00	-1,07		20,00	-0,93
20,50	-1,50		20,50	-1,30

IOL 118,40 P	IOL 118,70 P	Réf. IOL	IOL 118,40 P	IOL 118,70 P
A = 118,400	A = 118,700		A = 118,400	A = 118,700
SRK-T	SRK-T	Formule	SRK-T	SRK-T
A= 118,400	A= 118,700	Cste.	A= 118,400	A= 118,700
22,76D	23,17D	Emmetropie (Emme)	22,40D	22,81D
0,00D	0,00D	Cible (Ame)	0,00D	0,00D
22,76D	23,17D	IOL (IOL Ame)	22,40D	22,81D

IOL (D)	Refract. (D)		IOL (D)	Refract. (D)	
21,00	1,20		21,00	1,46	
21,50	0,87		21,50	1,13	
22,00	0,52		22,00	0,80	
22,50	0,18		22,50	0,46	
23,00	-0,17		23,00	0,12	
23,50	-0,53		23,50	-0,23	
24,00	-0,88		24,00	-0,57	
24,50	-1,25		24,50	-0,93	
25,00	-1,61		25,00	-1,29	
Amétropie					
20,50	1,29		21,00	0,96	
21,50	0,62		22,00	0,28	
22,50	-0,07		23,00	-0,13	
23,00	-0,42		23,50	-0,48	
23,50	-0,78		24,00	-0,83	
24,00	-1,14		24,50	-1,18	
24,50	-1,50		25,00	-1,54	



DOCTEUR Chafiq BOUTOUR

OPHTHALMOLOGISTE

Lauréat de l'université de Limoges - France

Diplômé de micro-chirurgie oculaire

de l'université de Marseille - France

Ophtalmologiste des hopitaux de la région Bretagne

Assistant spécialiste au C.H.G. de Nevers - France

Ophtalmologiste des hopitaux militaires

Membre de la société française d'ophtalmologie

الدكتور شفيق بوتور

أخصائي أمراض وجراحة العيون

خريج جامعة ليماوج - فرنسا

دبلوم الجراحة المجهريّة للعيون

من جامعة مرسيليا - فرنسا

أخصائي بمستشفيات جهة بريطانيا

أخصائي مساعد بالمستشفى العام نوفيير - فرنسا

أخصائي بالمستشفيات العسكرية

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض وجراحة العيون

CASA, le 03.2.23 البيضاء، في

hemza Zohne
echs - biometrie ٦٩٦

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

C. BOUTOUR
OPHTHALMOLOGISTE
HOPITAL DES MUSULMANS
B. BIOMETRIE

الفحص المسبق: / /

شارع الأمير مولاي عبد الله، رقم 12، الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 27 61 45

Boulevard Prince Moulay Abdellah, n° 12, Casablanca - Tél. : 05 22 27 61 45

B486769

001-01-1948

cam.

Amiens MADINA

bd Pomrommifne

346 | 341
352 | 351

Dr Mouhssine D'KHISSY

Ophtalmologiste

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

الدكتور الدخسي محسن

طب العيون



أستاذ مساعد سابق بمستشفى ابن رشد

الدار البيضاء

أمراض وجراحة العيون

Casablanca, le 06 FEV. 2023

NOTE D'HONORAIRE

NOM PRENOM : Mme HAMZA ZOHRA

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