

## 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



## Déclaration de Maladie

M22- 0050805

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 979 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : HADA ADSI  
Date de naissance :  
Adresse :  
Tél. : Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation : 06/02/23  
Nom et prénom du malade : ADSI HADA 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 :  
Signature de l'adhérent(e) :  
R ACCUEIL



# 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
06/02/23	S		280 DH	
14/03/23	CS			
14/03/23	CPA			

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14/03/2023	93,90

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	14/03/23	Bimétrique	50,00

## 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>			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																	
	[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



PT230203103902

14 mars 2023

**Mme ADSI Hada**

CPA  
BIOMETRIE OCULAIRE

Dr Reda MIKOU  
Chirurgien Ophthalmologiste  
18, Avenue Stendhal - Casablanca, SC  
Tél : (+212) 0522 47 15 94  
E-mail : r.mikou@cliniquestendhal.ma

**CLINIQUE STENDHAL**  
18, Avenue Stendhal, SC  
Casablanca  
Tél. : 0522 47 15 94 - Fax : 0522 99 34 51

# F A C T U R E

N° 3 205 / 2023 du 14/03/2023

Nom patient	<b>ADSI HADA</b>	Entrée 14/03/2023	Sortie 14/03/2023
Prise en charge	<b>PAYANT</b>		

*CPA*

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CPA	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
<b>Total</b>				<b>300,00</b>

	<b>Total général 300,00</b>
<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> TROIS CENTS DIRHAMS	

Encaissements	<b>Espèces</b>				<b>Total encaissé</b>	<b>Solde</b>
	<b>300,00</b>				<b>300,00</b>	<b>0,00</b>

18, Avenue Stendhal - Casablanca  
 Tél : 0522 47 15 94 - Fax : 0522 99 34 51  
 C. N. S. S. : 5200738 - ICE : 01754572000095  
 R. C. : 362219 - E-mail : ophtalmologie@cliniquestendhal.com



# F A C T U R E

N° 3 207 / 2023 du 14/03/2023

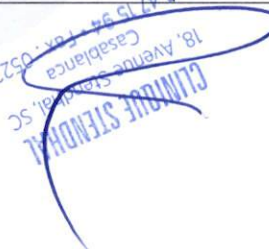
Nom patient	<b>ADSI HADA</b>	Entrée 14/03/2023	Sortie 14/03/2023
Prise en charge	<b>PAYANT</b>		

**BIOMETRIE (IOL MASTER)**

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
BIOMETRIE (IOL MASTER)	1,00		500,00	500,00
			Sous-Total	500,00
<b>Total</b>				<b>500,00</b>

	<b>Total général</b>	<b>500,00</b>
<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>		
CINQ CENTS DIRHAMS		

Encaissements	<b>Espèces</b>				<b>Total encaissé</b>	<b>Solde</b>
	<b>500,00</b>				<b>500,00</b>	<b>0,00</b>

  
 18, Avenue Stendhal - Casablanca  
 CLINIQUE STENDHAL - SARL AU  
 Tél : 0522 47 15 94 - Fax : 0522 99 34 51

Patient ADSI, Hada

Né(e) le 01/01/1942  
ID patient PT230203103902

Médecin Surgeon

Sexe Féminin

Opérateur Administrator



CLINIQUE STENDHAL  
OPHTALMOLOGIE

Date vérif. calibrage : 14/03/2023  
Date de la mesure : 14/03/2023

Par : Administrator  
n: 1,3375

Résultat : OK  
CVD: 12,00 mm

OD		Calcul IOL		OS	
droite				gauche	
État de l'œil					
LS: Phaque Réf: --- LVC: Non traité Réf. cible: +0,00 D		VS: Corps vitré VA: --- Mode LVC: - SIA: +0,00 D @ 0°		LS: Phaque Réf: --- LVC: Non traité Réf. cible: +0,00 D	
Mode LVC: - SIA: +0,00 D @ 0°				Mode LVC: - SIA: +0,00 D @ 0°	
Valeurs biométriques					
AL: 22,47 mm ACD: 2,74 mm LT: 4,81 mm WTW: 11,5 mm		SD: 10 µm SD: 5 µm SD: 8 µm		AL: 22,28 mm ACD: 2,71 mm LT: 4,78 mm (!) WTW: 11,2 mm	
SE: 43,37 D ΔK: -2,12 D @ 98° TSE: 43,28 D ΔTK: -2,41 D @ 98°		K1: 42,34 D @ 98° K2: 44,46 D @ 8° TK1: 42,11 D @ 98° TK2: 44,52 D @ 8°		SE: 43,69 D ΔK: -1,47 D @ 98° TSE: 43,59 D ΔTK: -2,00 D @ 96°	
SD: 0,02 D SD: 0,06 D		SD: 0,01 D SD: 0,03 D		SD: 21 µm SD: 5 µm SD: 57 µm	
K1: 42,34 D @ 98° K2: 44,46 D @ 8° TK1: 42,11 D @ 98° TK2: 44,52 D @ 8°		K1: 42,97 D @ 98° K2: 44,44 D @ 8° TK1: 42,61 D @ 96° TK2: 44,61 D @ 6°			
TK Alcon AcrySof SA60AT		TK Biotech Vision Care EYECRY L PLUS 600		TK Alcon AcrySof SA60AT	
- Barrett Universal II TK - LF: +1,78 DF: +5,0 IOL (D) Réf (D) +26,00 -0,89 +25,50 -0,51 +25,00 -0,14 +24,50 +0,23 +24,00 +0,60 +24,81 Emmétropie		- Barrett Universal II TK - LF: +1,38 DF: +5,0 IOL (D) Réf (D) +25,00 -0,83 +24,50 -0,44 +24,00 -0,06 +23,50 +0,32 +23,00 +0,70 +23,93 Emmétropie		- Barrett Universal II TK - LF: +1,78 DF: +5,0 IOL (D) Réf (D) +26,00 -0,60 +25,50 -0,22 +25,00 +0,15 +24,50 +0,51 +24,00 +0,87 +25,20 Emmétropie	
TK Alcon Panoptix TFAT00		TK Alcon AcrySof IQ Vivify DFT0 15		TK Alcon Panoptix TFAT00	
- Barrett Universal II TK - LF: +1,94 DF: +5,0 IOL (D) Réf (D) +26,00 -0,60 +25,50 -0,23 +25,00 +0,13 +24,50 +0,49 +24,00 +0,85 +25,19 Emmétropie		- Barrett Universal II TK - LF: +1,93 DF: +5,0 IOL (D) Réf (D) --- --- --- --- +25,00 +0,12 +24,50 +0,48 +24,00 +0,84 +25,16 Emmétropie		- Barrett Universal II TK - LF: +1,94 DF: +5,0 IOL (D) Réf (D) +26,50 -0,68 +26,00 -0,31 +25,50 +0,06 +25,00 +0,42 +24,50 +0,78 +25,58 Emmétropie	
TK Alcon AcrySof IQ Vivify DFT0 15		TK Alcon Panoptix TFAT00		TK Alcon AcrySof IQ Vivify DFT0 15	
- Barrett Universal II TK - LF: +1,93 DF: +5,0 IOL (D) Réf (D) --- --- --- --- +25,00 +0,40 +24,50 +0,76 +25,55 Emmétropie		- Barrett Universal II TK - LF: +1,93 DF: +5,0 IOL (D) Réf (D) --- --- --- --- +25,00 +0,40 +24,50 +0,76 +25,55 Emmétropie		- Barrett Universal II TK - LF: +1,93 DF: +5,0 IOL (D) Réf (D) --- --- --- --- +25,00 +0,40 +24,50 +0,76 +25,55 Emmétropie	

(!) valeur douteuse (\*) valeur a été editée manuellement --- aucune valeur mesurée

Commentaire

