

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

A 65096

Déclaration de Maladie : N° S19-0002345

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11257 Société : RAM

Actif

Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BEN SOLTANA RACHID Date de naissance : 29/01/1979

Adresse : Habtiella

Tél. : 06 68 59 01 38 Total des frais engagés : 600,00 Dhs

Cadre réservé au médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25 MAI 2013

Nom et prénom du malade : BEN SOLTANA RACHID Age : 44

Lien de parenté :

Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Affection oculaire

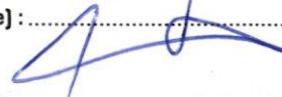
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : EZOR NIAF 71

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 : 14/06/2013

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
.....
.....
.....
.....

EXECUTION DES ORDONNANCES

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

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr Mouhssine D'Ophtalmologiste Etage 400, Bd Brahim Roudani Casablanca Tél: 0522 25 48 88 Fax: 0522 25 88 70 88 CASABLANCA	25 MAI 2003	KL+O	600/00 DHs

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
.....
.....
.....

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 canalaire, 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
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
H	21433552 00000000 00000000
D	00000000 00000000 35533411
B	11433553

[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

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 بجامعة ابن رشد
الدار البيضاء
أمراض و جراحة العيون

Casablanca, le

٢٥ ماي ٢٠٢٣

NOTE D HONORAIRE

NOM PRENOM : Mr. BENSOLTANA Rachid

ACTE : K40

MONTANT : 600.00DHS (SIXCENTS DHS)

Docteur D'KHISSY MOUHSSINE
Ophtalmologiste
400, Bd Brahim Roudani - Casablanca
Tél: 0522 25 48 88

Dr Mouhssine D'KHISSY

Ophthalmologiste

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 بمستشفى ابن رشد

الدار البيضاء

أمراض وجراحة العيون

29 MAI 2023

Casablanca, le

Nom : BEN SOLTANA

Prénom : RACHID

MEDECIN TRAITANT : PR LAHBI

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES:

COMPTE RENDU ECHOGRAPHIQUE :

OEIL DROIT

BIOMETRIE :

Longueur axiale : 36.43 mm

P Implant : - 6 D (A/118.4)

P Implant : -6.5 D (A/119)

Echographie(B) :

SONDE 10 MHZ /20 MHZ

Cristallin échogène

ECHOS VITREENS POSTERIEURS

INDENTATION CIRCULAIRE

OEIL GAUCHE

Echographie(B) :

SONDE 10 MHZ /20 MHZ

PSEUDOPHAQUIE

ECHOS VITREENS POSTERIEURS

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

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

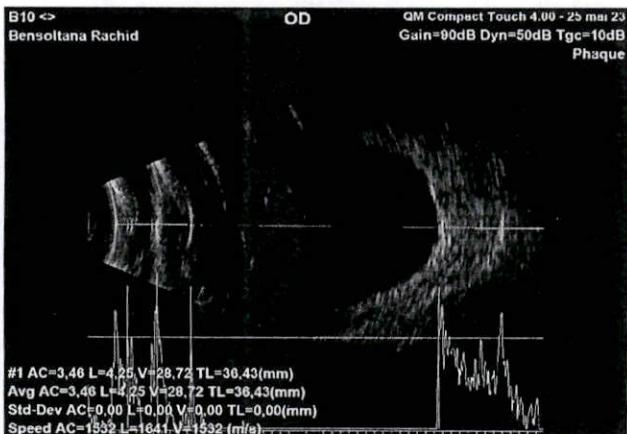
Patient: Bensoltana Rachid**N° de dossier:**Adresse: -
Tél.:

Sexe:

Date de naissance: 29 janv. 1979

Oeil: OD

Date d'examen: 25 mai 2023



		Phaque	Œil Normal	
Mesure Sélectionnée	C.A.(mm)	C.(mm)	V.(mm)	L.T.(mm)
m/s	1532	1641	1532	
#1	3,46	4,25	28,72	36,43
Avg	3,46	4,25	28,72	36,43
Stat-2	3,46	4,25	28,72	36,43
Std-Dev	0,00	0,00	0,00	0,00

Valeurs sélectionnées pour le calcul LIO	#1	C.A.: 3,46 mm	C.: 4,25 mm	L.T.: 36,43 mm
K Mesuré		K1: 8,20 mm @ 0°	K2: 8,00 mm @ 0°	K: 41,67 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	-8,00	1,59
Emme: -5,79 D	-7,50	1,24
Ame: 0,00 D	-7,00	0,88
IOL Ame: -5,79 D	-6,50	0,52
	-6,00	0,15
	-5,50	-0,22
	-5,00	-0,59
	-4,50	-0,97
	-4,00	-1,35

IOL 118.00 P - A = 118,000	IOL (D)	Refract. (D)
SRK-T		
A= 118,000	-8,50	1,20
Emme: -6,60 D	-8,00	0,89
Ame: 0,00 D	-7,50	0,57
IOL Ame: -6,60 D	-7,00	0,26
	-6,50	-0,06
	-6,00	-0,39
	-5,50	-0,72
	-5,00	-1,05
	-4,50	-1,38

IOL 118.40 P - A = 118,400	IOL (D)	Refract. (D)
SRK-T		
A= 118,400	-8,50	1,10
Emme: -6,72 D	-8,00	0,80
Ame: 0,00 D	-7,50	0,49
IOL Ame: -6,72 D	-7,00	0,18
	-6,50	-0,14
	-6,00	-0,46
	-5,50	-0,78
	-5,00	-1,11
	-4,50	-1,44

IOL 118.70 P - A = 118,700	IOL (D)	Refract. (D)
SRK-T		
A= 118,700	-9,00	1,33
Emme: -6,81 D	-8,50	1,03
Ame: 0,00 D	-8,00	0,73
IOL Ame: -6,81 D	-7,50	0,42
	-7,00	0,12
	-6,50	-0,20
	-6,00	-0,51
	-5,50	-0,83
	-5,00	-1,15