

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.



Λ 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 : Habituelle

Tél : 0668590158 Total des frais engagés : 600,00 Dhs

Cadre réservé au médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25 MAI 2023

Nom et prénom du malade : BEN SOLTANA RACHID Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection oculaire

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 : CAS Le : 14/06/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

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

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
Dr Mouhssine El Hachimi Ophtalmologiste 400, Bd Brahim Roudani, 2 ^{ème} Etage Tél: 0522 25 48 88 / Fax: 0522 25 70 88 CASABLANCA	25 MAI 2022	K40	600100 DHS

AUXILIAIRES MEDICAUX

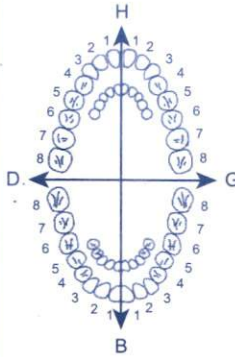
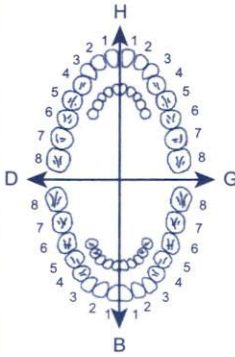
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, 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> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <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

25 MAI 2023

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

Ophtalmologiste

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



الدكتور الدخيسي محسن
طب العيون

أستاذ مساعد بمستشفى ابن رشد
الدار البيضاء
أمراض وجراحة العيون

Casablanca, le

25 MAI 2023

Nom : BEN SOLTANA
Prénom : RACHID
MEDECIN TRAITANT : PR LAHBIL

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
Ophtalmologiste
400, Bd Brahim Roudani, 2e 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 : dkhiissym@yahoo.fr

Patient: Bensoltana Rachid**N° de dossier:**

Adresse: -

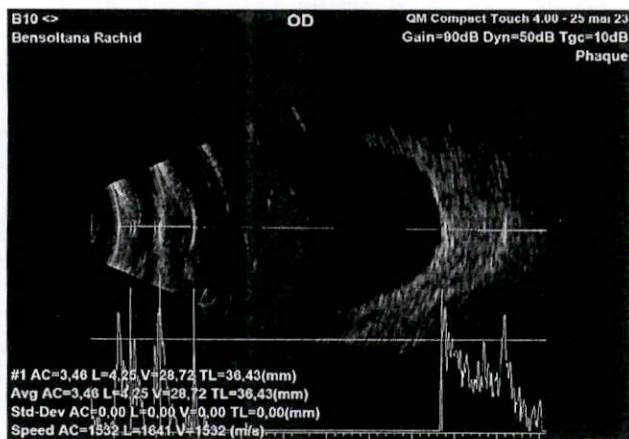
Tél.:

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	-8,00	1,59
A = 115,000	-7,50	1,24
Emme: -5,79 D	-7,00	0,88
Ame: 0,00 D	-6,50	0,52
IOL Ame: -5,79 D	-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	-8,50	1,20
A = 118,000	-8,00	0,89
Emme: -6,60 D	-7,50	0,57
Ame: 0,00 D	-7,00	0,26
IOL Ame: -6,60 D	-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	-8,50	1,10
A = 118,400	-8,00	0,80
Emme: -6,72 D	-7,50	0,49
Ame: 0,00 D	-7,00	0,18
IOL Ame: -6,72 D	-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	-9,00	1,33
A = 118,700	-8,50	1,03
Emme: -6,81 D	-8,00	0,73
Ame: 0,00 D	-7,50	0,42
IOL Ame: -6,81 D	-7,00	0,12
	-6,50	-0,20
	-6,00	-0,51
	-5,50	-0,83
	-5,00	-1,15