

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 canaux, 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 canaux.

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

N° W19-434503

25924

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1327 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraite
 Nom & Prénom : ELASLY Mohamed
 Date de naissance : 1938
 Adresse : Sidi Naïf 1er Etage - Casablanca
 Tél. : 06 61 91 57 70 Total des frais engagés : 1396,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. EL ALAOUJI
OPHTALMOLOGISTE
315, Bd El Fida 1er Etage - Casablanca
Tél. : 05 22 89 23 32/83.18.03

Date de consultation : 04 FEB 2020
 Nom et prénom du malade : ELASLY MOHAMED Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : cataracte
 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 : CASAB Le : 14/10/2020
 Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-434503

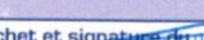
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 1327
 Nom de l'adhérent(e) : ELASLY Mohamed
 Total des frais engagés : 1396,60
 Date de dépôt :

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	04/02/20	36280. 3/1/76.20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 Dr. JAHNKE BASNAA	11.02.20	Examen	207,60
			100,00

[illegible]

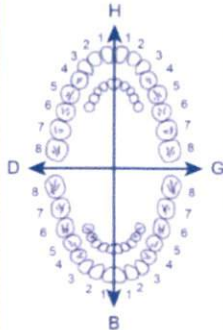
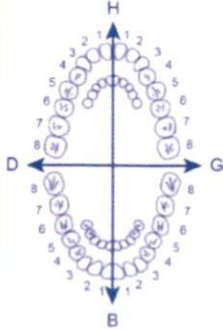
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>								
				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			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H											
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	B											
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. EL ALAOUI EL AOUFFOUSSI J.E
OPHTALMOLOGISTE
DIPLOME DE LA FACULTE DE MEDECINE
DE PARIS
MALADIES ET CHIRURGIE DES YEUX
LASER ANGIOGRAPHIE



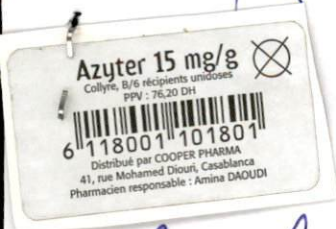
الدكتور العلوي الأوفوسي ج.د

خريج كلية الطب بباريس
اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

Casablanca, le :

Dr. EL ALAOUI EL AOUFFOUSSI J.E
OPHTALMOLOGISTE
 315, Bd El Fida - 1^{er} étage - Casablanca
 Tél. : 05 22 83 23 32 / 05 22 83 18 03

Dr EL AS LY MOHAMED



76.20 Azyter
1 goutte 2 x 15 jours

PHARMACIE EL ANBAR
D^r LYOUBI - RITA - Toulouse
 62, Bd. Chouaib Doukkali
 CASA - Tél : 05.22.28.52.99

2/ ATARAX
1 cp la nuit à l'intermittence
et 2 cp le matin à l'intervention

PHARMACIE EL ANBAR
D^r LYOUBI - RITA - Toulouse
 62, Bd. Chouaib Doukkali
 CASA - Tél : 05.22.28.52.99

Dr. EL ALAOUI EL AOUFFOUSSI J.E
OPHTALMOLOGISTE
 315, Bd El Fida - 1^{er} étage - Casablanca
 Tél. : 05 22 83 23 32 / 05 22 83 18 03

NPE 091164939



Casablanca, le 04.FEV.2020

N° EL ASLY 11.04.20

retire dans 5 jours

opatanol

6070x4 : pour la

362.80



CASA - Tél : 05.22.28.52.99
62, Bd. Chouaib Doukkali
D. LYOUBI - RITA - Toulouse
PHARMACIE EL ANBAR

PHARMACIE EL ANBAR
D. LYOUBI - RITA - Toulouse
62, Bd. Chouaib Doukkali
CASA - Tél : 05.22.28.52.99





Casablanca, le 04 FEB 2020

M^r EL ASLY MOHAMMED

urée

glycémie

TP

TCK



Dr. EL ALAOU EL AOUF OUSSI J.E
OPHTALMOLOGISTE
315, Bd. EL Fida 1^{er} étage - Casablanca
Tél: 05 22 83 23 32 / 05 22 83 18 03

Dr. EL ALAOU EL AOUFOUSSI J.E
OPHTALMOLOGISTE
DIPLOME DE LA FACULTE DE MEDECINE
DE PARIS
MALADIES ET CHIRURGIE DES YEUX
LASER ANGIOGRAPHIE



الدكتور العلوي الأوفوسي ج.د

خريج كلية الطب بباريس
اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

Casablanca, le : 13 FEB 2020

M'ELASLY MOHAMED

Biometrie ODG

Dr. EL ALAOU EL AOUFOUSSI J.E
OPHTALMOLOGISTE
315, Bd El Fida 1^{er} étage - Casablanca
Tél.: 05 22 83 18 03

NPE 091164939

315, شارع الفداء مقابل قسارية المنجرة الطابق الأول - الدار البيضاء - الهاتف : 0522 83 18 03 / 0522 83 23 32
315, Bd. AL Fida (en face kissariat AL MANJRA) 1^{er} étage - Casablanca - Tél. : 0522 83 23 32 / 0522 83 18 03

N° admission



20A03243

Email: Cliniqueachifaa@menara.ma

10979

Nom patient

EL ASLY MOHAMED

Médecin

DR. EL ALAOUI AOUFOUSSI J

OPHTALMOLOGIE

Prestations

ECHOGRAPHIE OCULAIRE

Encaissement

500,00
PAYANT

Visa accueil

KHADIJA

08:38

CLINIQUE CHIFA-A
OPHTALMOLOGIE
Tél: 0522 85 92 20
Fax: 0522 86 22 23



مصحة الاختصاصات الشفاء

Clinique des Spécialités Achifaa

Angle Rues Lahcen El Arjoune et Lavoisier (face Hôpital 20 Août) - Tél.: 05 22 86 22 86
05 22 85 92 20 (10 L.G.) - Fax : 05 22 86 22 23 - Casablanca - Maroc

F A C T U R E

N° 202 001 505 / 2020 du 03/03/2020

Nom patient	EL ASLY MOHAMED	Entrée	Sortie
		03/03/2020	03/03/2020
Prise en charge	PAYANTS		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
ECHOGRAPHIE OCULAIRE	1,00		500,00	500,00
Total Frais Clinique			Sous-Total	500,00
				500,00

	Total général	500,00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CINQ CENTS DIRHAMS		

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	500,00				500,00	0,00

CLINIQUE ACHIFAA
Angle Rues Lahcen El Arjoune et Lavoisier
Tél.: 05 22 85 92 20 - 05 22 86 22 86
Soc Mutuelle

Angle Rues Lahcen El Arjoune et Lavoisier (face Hôpital 20 Août) - Casablanca - Maroc
Tél.: 05 22 85 92 20 (10 L.G.) - Fax : 05 22 86 22 23 - URGENCES 24/24
E-mail : cliniqueachifaa@menara.ma - Cpt : 190780212119260735000196
I.F. : 40158488 - CNSS : 7724223 - Patente N° : 37908413 - ICE : 001743751000001



Dr. Hasnaa TANINE
Médecin biologiste

INPE laboratoire : 093061364
INPE DR H,Tanine : 097163695

Casablanca le 11 février 2020

Monsieur EL ASLY MOHAMED

FACTURE N°	2488
------------	------

Analyses :

Taux de Prothrombine (TP) -----	B	40	Total : B 140
Temps de céphaline active -----	B	40	
Glycémie (à jeûn) -----	B	30	
Urée -----	B	30	

Prélèvements :

Sang-----	Pc	1,5
-----------	----	-----

TOTAL DOSSIER	207,60 DH
----------------------	------------------

Arrêtée la présente facture à la somme de :
Deux Cent Sept Dirhams et Soixante Centimes





Dr. Hasnaa TANINE
Médecin biologiste

Dossier ouvert le : 11/02/20

Monsieur EL ASLY MOHAMED

Edition du : 11/02/20

Réf. : 20B175

Page : 1/1

Compte Rendud'Analyses

HEMOSTASE

Normales

Temps de Quick

technique chronometrique sur star 4

Temps du témoin ----- 13,1 sec
Temps du patient ----- 13,80 sec
Taux de Prothrombine ----- : 79,3 %
I.N.R. ----- : 1,19
Interprétation ----- : Bilan normal.

70 - 100

Temps de Céphaline + Activateur

Temps du témoin ----- 32,0 sec
Temps du patient ----- 30 sec

Variation pathologique : Temps du patient / temps du témoin > 1,2.

Surveillance de traitements anticoagulants :

- Par les AVK : surveillance par le Temps de Quick, avec un rapport de 1,5 à 2 pour le TCA malade / TCA témoin.
- Par l'héparine : surveillance par le TCA avec un rapport de 1,5 à 4 pour le TCA malade / TCA témoin.

Normales

Rapport TCA malade/ témoin ----- : 0,94

< 1,2

BIOCHIMIE

Normales

Glycémie a jeun ----- : 1,41 * g/l
(Méthode enzymatique à l'hexokinase sur COBAS C111) Soit : 8 mmol/l

0,7 - 1,1

Consensus:

- 0,6 à 1,0 g/l : Glycémie à jeun.
- 1,00 à 1,26 g/l : Diminution de la tolérance au glucose.
- > 1,26 g/l : Diabète; (observé sur deux prélèvements distincts).

Urée ----- : 0,24 g/l
Soit : 4,00 mmol/l



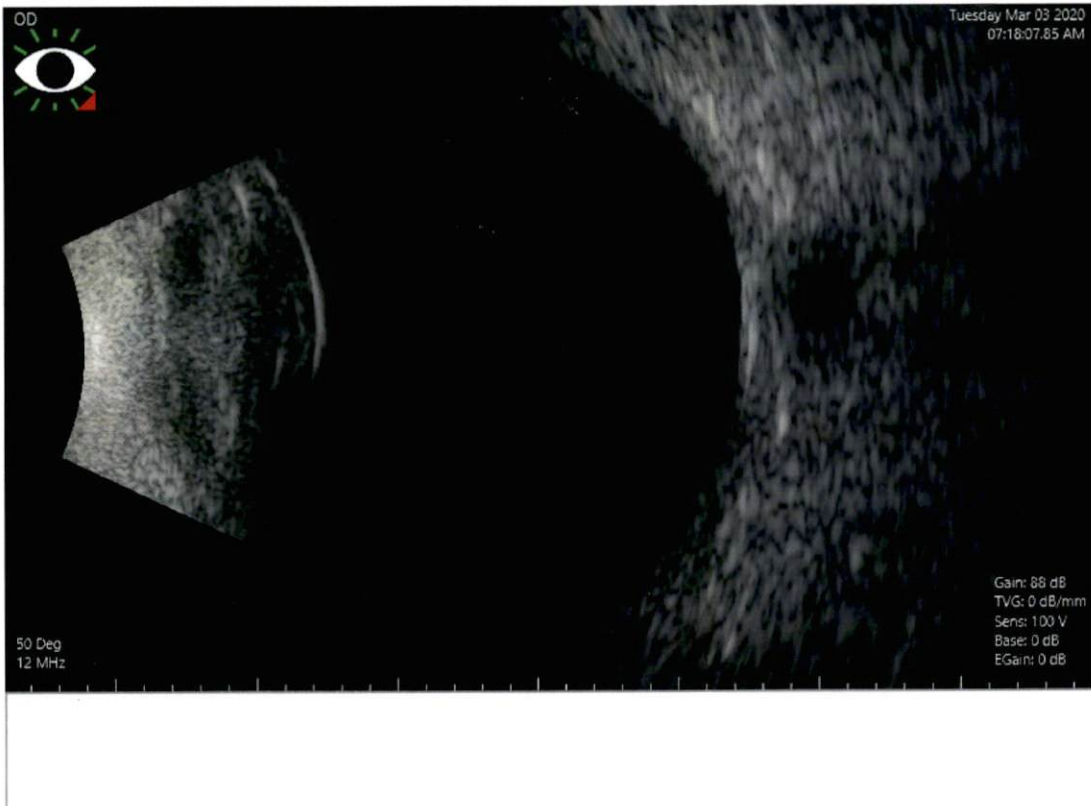


Patient ID : 47435
Patient : EL ASLY, MOHAMED
Date of Birth :
Report Date : 2020/03/03

Exam Range :

2020/03/03 - 2020/03/03

Examiner : Sonomed, Escalon



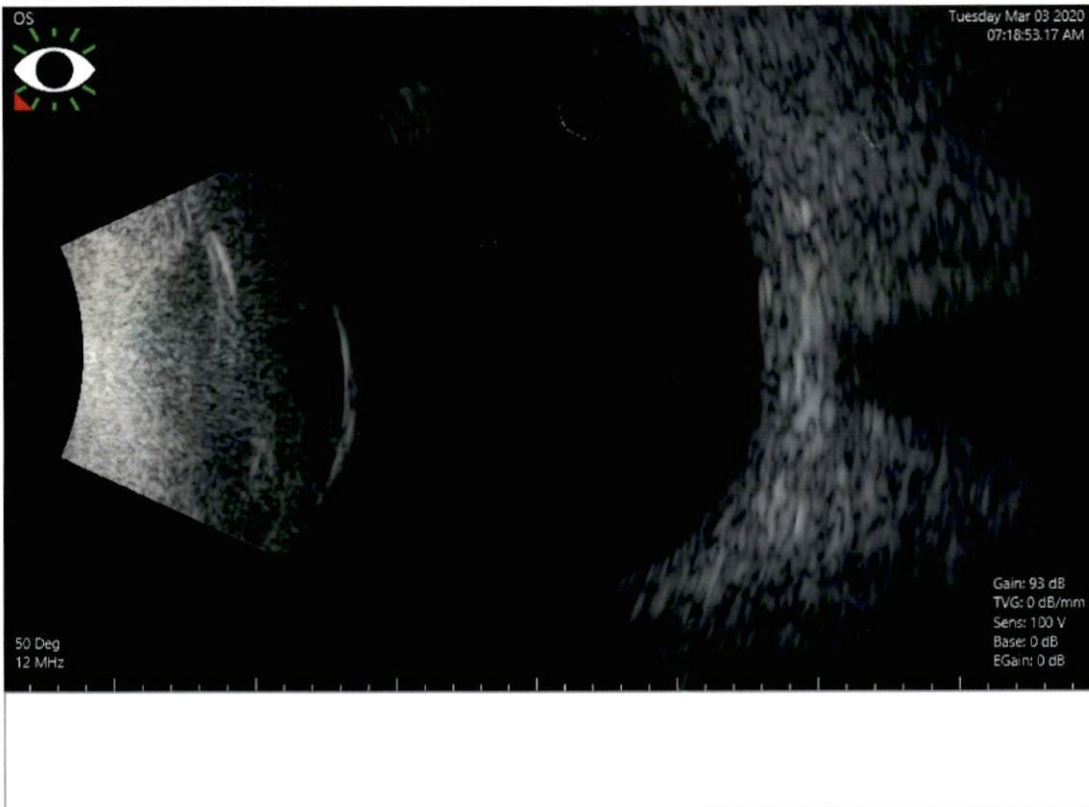
Examiner : Sonomed, Escalon



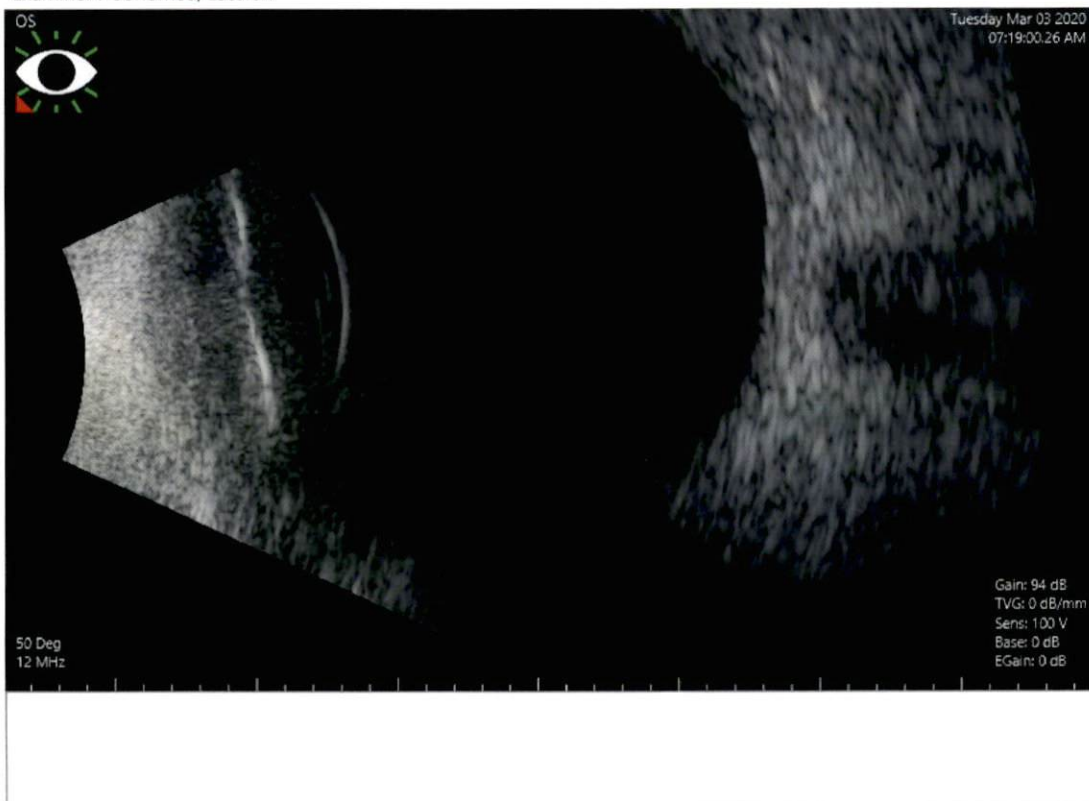
Patient ID : 47435
Patient : EL ASLY, MOHAMED
Date of Birth :
Report Date : 2020/03/03

Exam Range : 2020/03/03 - 2020/03/03

Examiner : Sonomed, Escalon



Examiner : Sonomed, Escalon





EXAM. RECORD

04/02/20 08:42 AM

PATIENT EL ASLY MED
ID 875447
EYE EXAMINED OS, 10MHZ
CATARACT

IOL CALCULATIONS: REGRESS NII

K1=43.50D | AXL=22.84MM
K2=44.00D | ACD= 3.20MM
| LENS= 3.80MM

L1:ALCON | L2:EYECRYL PLUS
A1= 118.40D | A2= 118.00D
21.93D 0.00D | 21.53D 0.00D

IOL	REFR	IOL	REFR
22.50	-0.45	22.00	-0.37
22.25	-0.25	21.75	-0.17
22.00	-0.05	21.50	0.03
21.75	0.15	21.25	0.23
21.50	0.35	21.00	0.43

LENS3 | LENS4
A3= | A4=
D | D

IOL REFR | IOL REFR

▶

▶



EXAM. RECORD

04/02/20 08:45 A

PATIENT EL ASLY MED
ID 875447
EYE EXAMINED OD, 10MHZ
CATARACT

IOL CALCULATIONS: REGRESS NII

K1=42.75D AXL=22.54MM
K2=43.75D ACD= 2.81MM
 LENS= 2.63MM

L1:ALCON		L2:EYECRYL PLUS	
A1= 118.40D		A2= 118.00D	
23.12D	0.00D	22.72D	0.00D

IOL	REFR	IOL	REFR
23.50	-0.30	23.25	-0.40
23.25	-0.10	23.00	-0.20
▶ 23.00	0.10	▶ 22.75	-0.00
22.75	0.30	22.50	0.10
22.50	0.50	22.25	0.30

LENS3		LENS4	
A3=		A4=	
D	D	D	

IOL	REFR	IOL	REFR
-----	------	-----	------

▶

▶