

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

- 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



Déclaration de Maladie

N° P19-0028033

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2017 Société : RAM 136908

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHAIA MOITAMEN

Date de naissance : 02/11/51

Adresse : HABITUELLE 27

Tél. : 0670 4025 Total des frais engagés : 1831,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 31/10/2022

Nom et prénom du malade : Zuhair ELANDERESS Age: 58 AN

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

Nature de la maladie : Affection Oculaire

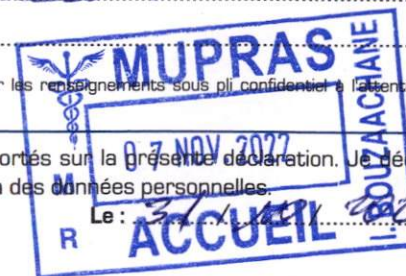
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : CASABLANCA Le : 31/10/2022

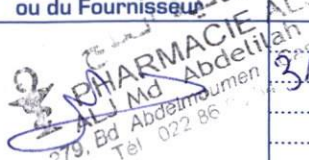
Signature de l'adhérent(e) :




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
31/10/2022	E.F.	K10	300	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	31/10/22	531,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	31.10.2022	2100 OCT	F.C 500DH H.M 500DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

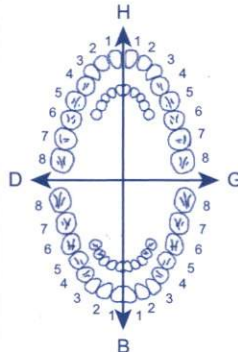
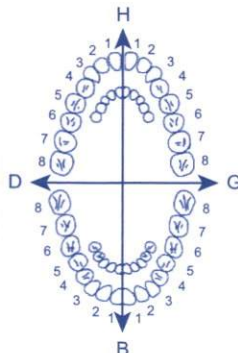
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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 CCEFFICIENT 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"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				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

مركز طب وجراحة العيون بورغون CENTRE D'OPHTALMOLOGIE BOURGOGNE

Dr. Abdellatif ZAKARRYA

Maladies et chirurgies des yeux Bordeaux France
Membre de la Société française d'ophtalmologie
Certificat Moorfield Londres
Certificat Vitrectomie Schruns Autriche
Forces Armées Royales

د. عبد اللطيف زكريا،

طب و جراحة العيون بوردو فرنسا
عضو الجمعية الفرنسية لطب العيون
شهادة العضوية لمورفيلد بلندن
شهادة جراحة الماء الزجاجي بشرونز النمسا
طبيب القوات المسلحة الملكية

31 octobre 2022

Mme ZNIBER EL ANDALOUSSI Faouzia

OCT CCG GLAUCOME PAPILLE

CLINIQUE VAL D'ANFA
CASABLANCA
Tel: 0522 22 95 01
Fax: 0522 39 83 39
ZAKARRYA Abdellatif
OPHTALMOLOGISTE
LASER - EXCHIMER LASER
Rue Sultan Abdelhamid Res. Zakarrya
Bourgogne - Casablanca
Tél: 05 22 95 01 22 - 0522 39 83 39

Agrée Pour le Permis de Conduire معتمد لرخصة السياقة

05 22 39 83 39 - 05 22 95 01 22

زنقة السلطان عبد الحميد - إقامة زكريا - بورغون - الدار البيضاء

Rue Sultan Abdelhamid - Rés. ZAKARRYA - Bourgogne - Casablanca - oeilvision.zakarrya351@gmail.com

Clinique Val d'Aur

CLINIQUE VAL D'ANFA

ZNIBER EL ANDALOUSSI FOUZIA

FACTURE N° 753/2022

DATE	Designation	Monta
31/10/2022	OCT	FC 500 HM 500 TOTAL 1000

La présente facture est acquitée à la somme DE MILLE Dirhams

CLINIQUE VAL D'ANFA
CASABLANCA
Tél: 0522 35 00 58 - Fax: 0522 30 10 11

Nom: **ZNIBER EL ANDALOUSSI, Faouzia** OD OS

ZEISS

ID: CZMI177349921 Date d'examen: 31/10/2022 31/10/2022 CLINIQUE VAL D'ANFA

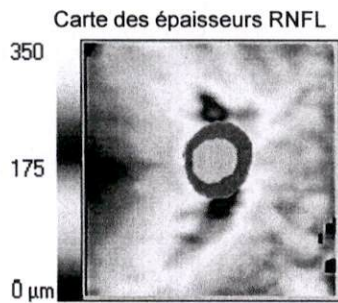
Date de naissance: 15/02/1964 Heure de l'examen: 14:53 14:20

Sexe: Féminin Numéro de série: 5000-3203 5000-3203

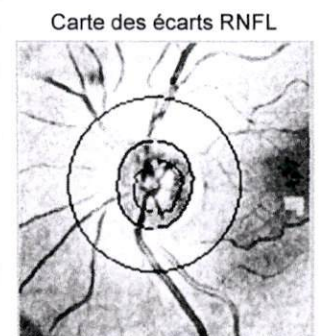
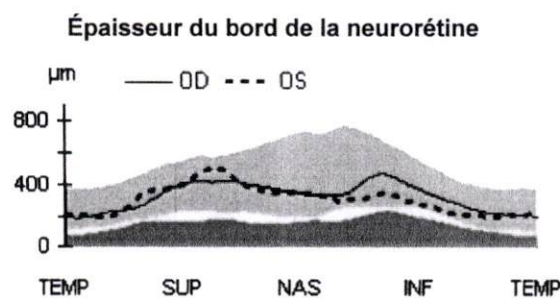
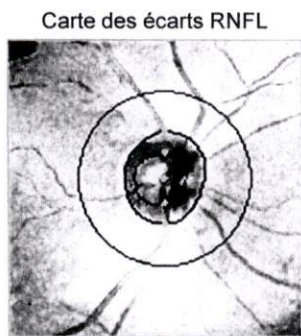
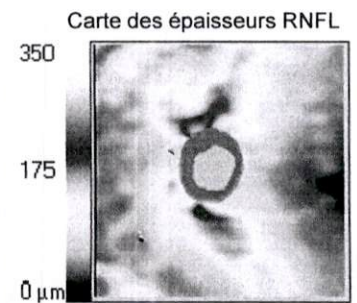
Technicien : Operator, Cirrus Puissance du signal: 4/10 7/10

RNFL et ONH :Optic Disc Cube 200x200

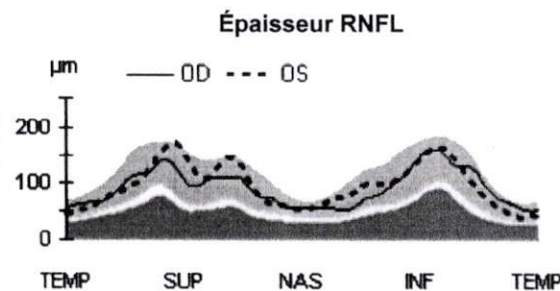
OD ● ● OS



	OD	OS
Épaisseur moyenne RNFL	94 μ m	98 μ m
Symétrie RNFL	89%	
Aire de l'ANR	1,45 mm ²	1,31 mm ²
Aire du disque	2,34 mm ²	2,12 mm ²
Rapport C/D moyen	0,61	0,61
Rapport C/D vertical	0,56	0,59
Volume de l'excavation	0,252 mm ³	0,173 mm ³



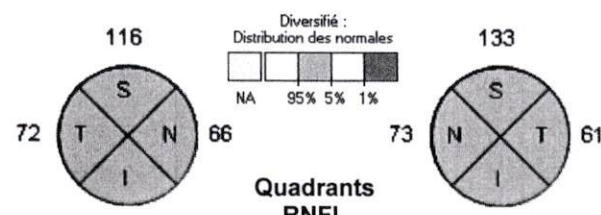
Centre du disque(0,15,0,24)mm
Tomographie horizontale extraite



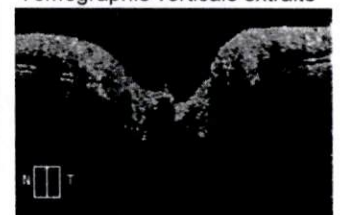
Centre du disque(-0,24,0,15)mm
Tomographie horizontale extraite



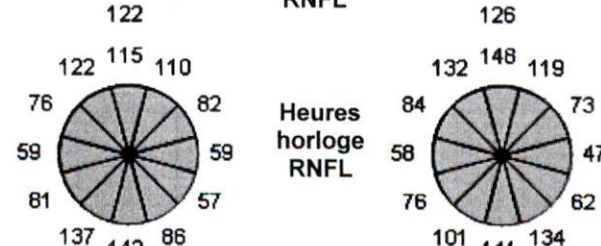
Tomographie verticale extraite



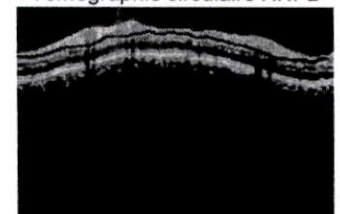
Tomographie verticale extraite



Tomographie circulaire RNFL



Tomographie circulaire RNFL



Commentaires

Signature du médecin

SW Ver: 10.0.1.19039
Copyright 2016
Carl Zeiss Meditec, Inc
All Rights Reserved

Page 1 sur 1

Nom: ZNIBER EL ANDALOUSSI, Faouzia



ID: CZMI177349921 Date d'examen: 31/10/2022

CLINIQUE VAL D'ANFA

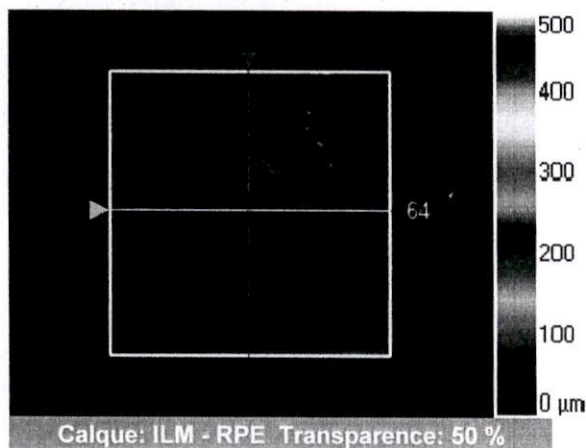
Date de naissance: 15/02/1964 Heure de l'examen: 14:51

Sexe: Féminin Numéro de série: 5000-3203

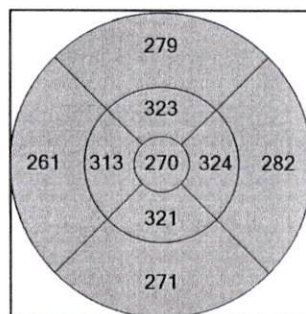
Technicien : Operator, Cirrus Puissance du signal: 5/10

Épaisseur maculaire : Macular Cube 512x128

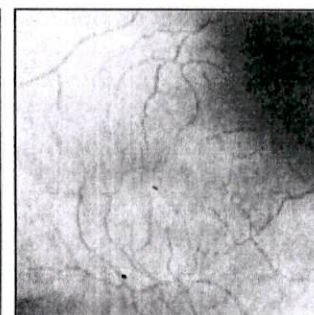
OD ● ○ OS



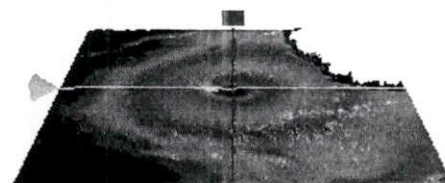
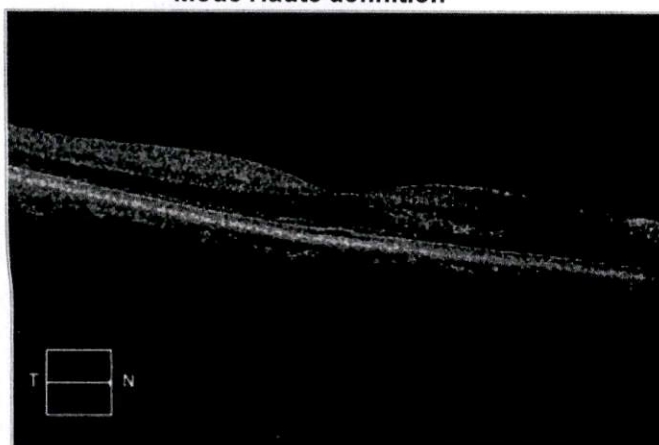
Mode Haute définition



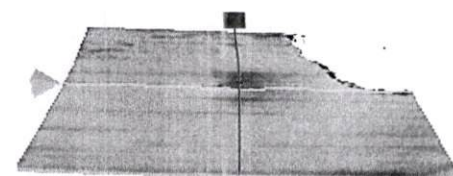
Épaisseur ILM-RPE (μm)



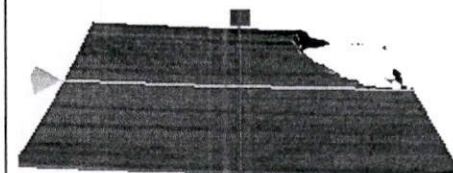
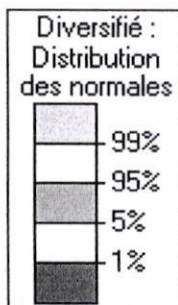
Fovéa: 253, 65



ILM - RPE



ILM



RPE

!	Épaisseur moy. centrale (μm)	Volume du cube (mm³)	Ép. cube moy. (μm)
ILM - RPE	270	9,0	251

Commentaires

Signature du médecin

SW Ver: 10.0.1.19039
Copyright 2016
Carl Zeiss Meditec, Inc
All Rights Reserved

Page 1 sur 1

Nom:

ZNIBER EL ANDALOUSSI, Faouzia



ID:

CZM177349921

Date d'examen:

31/10/2022

CLINIQUE VAL D'ANFA

Date de naissance:

15/02/1964

Heure de l'examen:

14:19

Sexe:

Féminin

Numéro de série:

5000-3203

Technicien : Operator, Cirrus

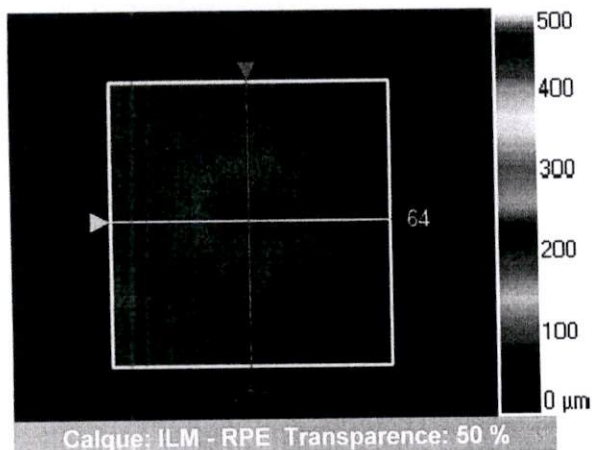
Puissance du signal: 7/10

Épaisseur maculaire : Macular Cube 512x128

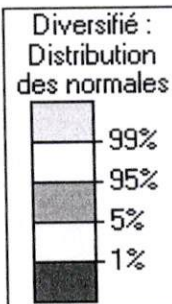
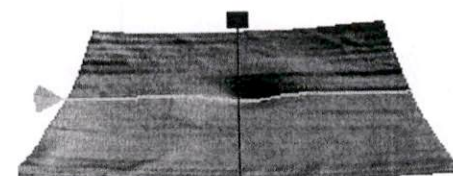
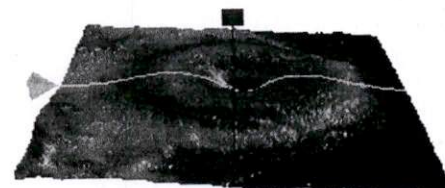
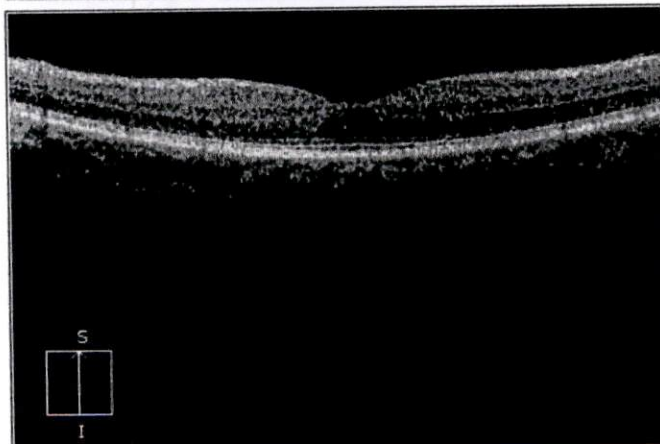
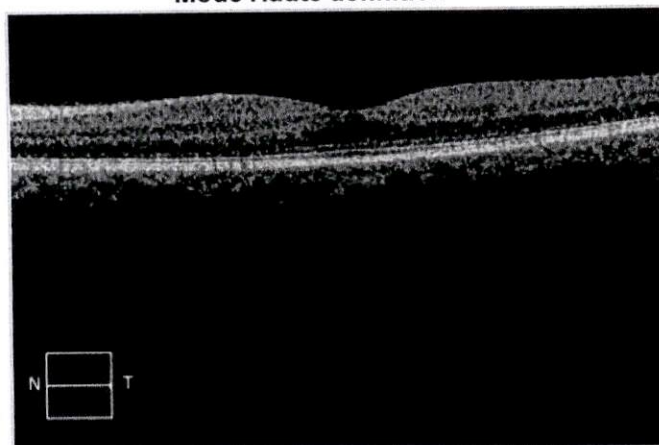
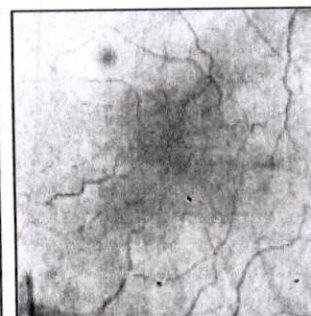
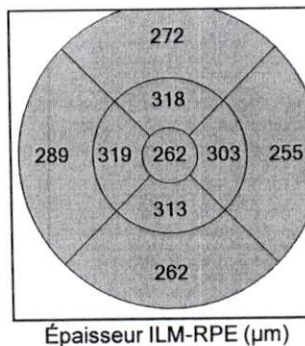
OD



OS



Mode Haute définition



	Épaisseur moy. centrale (μm)	Volume du cube (mm³)	Ép. cube moy. (μm)
ILM - RPE	262	9,9	275

Commentaires

Signature du médecin

SW Ver: 10.0.1.19039
Copyright 2016
Carl Zeiss Meditec, Inc
All Rights Reserved
Page 1 sur 1

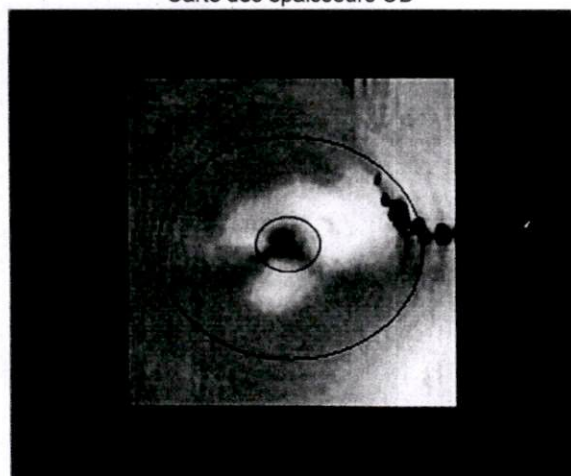
Nom: **ZNIBER EL ANDALOUSSI, Faouzia** OD OS
 ID: **CZMI177349921** Date d'examen: **31/10/2022** **31/10/2022** CLINIQUE VAL D'ANFA
 Date de naissance: **15/02/1964** Heure de l'examen: **14:51** **14:19**
 Sexe: **Féminin** Numéro de série: **5000-3203** **5000-3203**
 Technicien : **Operator, Cirrus** Puissance du signal: **5/10** **7/10**



Analyse des cellules ganglionnaires : Macular Cube 512x128

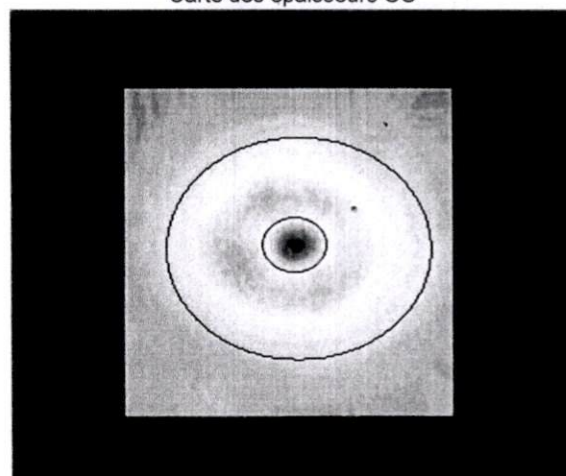
OD ● ● OS

Carte des épaisseurs OD



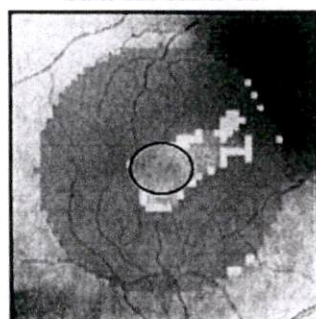
Fovéa : 253, 65

Carte des épaisseurs OS

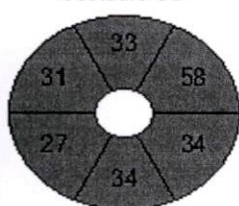


Fovéa : 268, 61

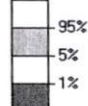
Carte des écarts OD



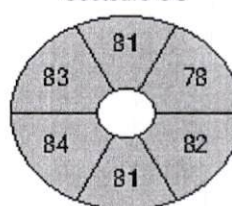
Secteurs OD



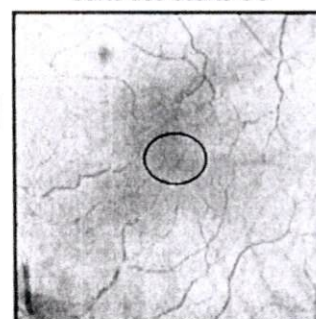
Diversifié :
Distribution
des normales



Secteurs OS

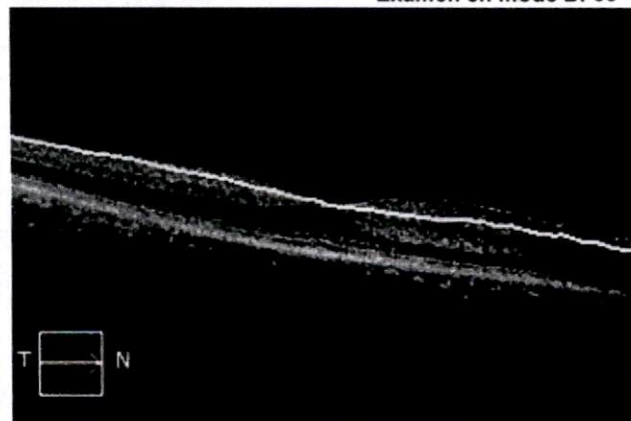


Carte des écarts OS



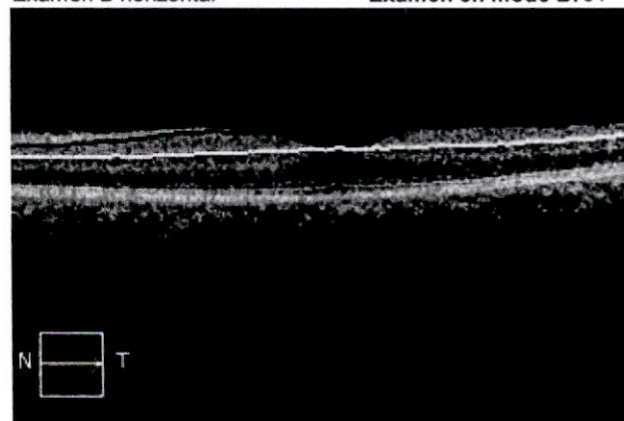
	OD μm	OS μm
Épaisseur moyenne du GCL	36	82
Épaisseur GCL minimum	21	80

Examen B horizontal



Examen en mode B: 65

Examen B horizontal



Examen en mode B: 61

Commentaires

Signature du médecin

SW Ver: 10.0.1.19039
 Copyright 2016
 Carl Zeiss Meditec, Inc
 All Rights Reserved

Page 1 sur 1

مركز طب وجراحة العيون بورغون CENTRE D'OPHTALMOLOGIE BOURGOGNE

Dr. Abdellatif ZAKARRYA

Maladies et chirurgies des yeux Bordeaux France

Membre de la Société française d'ophtalmologie

Certificat Moorfield Londres

Certificat Vitrectomie Schruns Autriche

Forces Armées Royales

د. عبد اللطيف زكريا،

طب و جراحة العيون بوردو فرنسا

عضو الجمعية الفرنسية لطب العيون

شهادة العضوية لمورفيلد بلندن

شهادة جراحة الماء الزجاجي بشرونز النمسا

طبيب القوات المسلحة الملكية

31 octobre 2022

Mme ZNIBER EL ANDALOUSSI

Faouzia

78.60

ALORA 5 MG COMPRIMÉ (DESLORATADINE)

1 comprimé par jour pendant 15 jours

40.00

COTIPRED 20 MG COMPRIME

3 COMPRIMES LE MATIN APRES LE PETIT DEJEUNER PENDANT 5 JOURS
REGIME PEU SALE

24.00

RONIC COLLYRE

1 goutte x 2 / jour x 10 jours

230.00

LUMIGAN: COLLYRE 0.3 %

1 goutte par le soir à 21h

189.00

BLEFARETTE LINGETTE JETABLE

A CHAUFFER AU BAIN MARIE POUR NETTOYAGE DES BORDS LIBRES
LE MATIN ET LE SOIR AVANT LE COUCHER.
TRAITEMENT POUR UN MOIS.

531.60

Agree Pour le Permis de Conduire **السفاعة**

05 22 39 83 39 - 05 22 9

الحمد - إقامة زكرياء - بوركون - الدار البيضاء

Rue Sultan Abdelhamid - Rés. ZAKARRYA - Bourgogne - Casablanca - o

LOT: M0830
PER: 07/2024
PPV: 78.60DH

PPV: 40DH00
PER: 08/25
LOT: L2795

PPV: 230DH00

Laboratório Edol
ronic
1mg/ml Flacon de 5 ml
PPV: 24,00 PHS
* 5118000120452 *

211004

2024/04

PPC 159.00 DH