

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

150473

Déclaration de Maladie : N° P19-0004608

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8764 Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL BOUAFI JELLINE

Date de naissance :

Adresse : 104 AL JEDDAZ Rue de N° 11 Ain Ghez

Tél. : 066129738

Total des frais engagés :

800,00 -

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01/02/23

Nom et prénom du malade : EL BOUAFI JELLINE

Age : 55

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

gastro

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

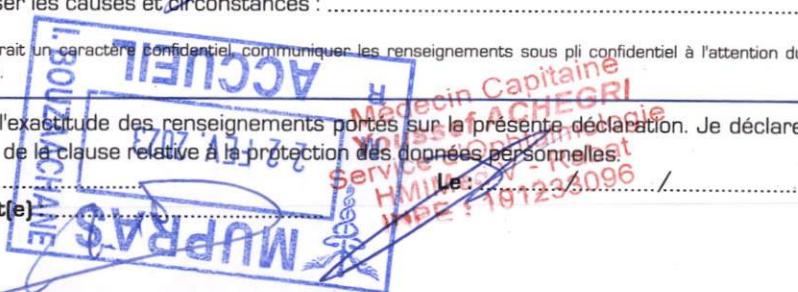
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exhaustivité des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : 10/12/2023

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 11/02/2023 | Consultation | 1 | 6 | Médecin Capitaine Youssef ACHEGRI Spécialiste d'Ophtalmologie CV - Rabat 01233998 |

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 |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|------------------------|
| | | | | CŒFFICIENT DES TRAVAUX |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | FIN D'EXECUTION |

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| H | |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

HMIMV-DxCare IPP : 011837589
EL BOUAZIZI OTHMAN

Sexe : Masculin DN: 15/11/1967

ARMACIE

J. TOTAL

NDA: 012300048935 CIN: BE56-303
E10: EXPLORATION FONCTIONNELLE
OPTOMÉTROLOGIE
Date entrée: 01/02/2023
Catégorie: RAM/PC

INANCE

crites dans cette partie feront
remboursement)

Nom et prenom du malade

Médecin Capitaine
YOUSSEF ACHEGRI
Service d'Ophtalmologie
HMIMed V - Rabat
INPE: 101233096

Juive OCT

Maculaine + papilleaine

+ cellules ganglionnaire

+ C.U

Médecin Capitaine
YOUSSEF ACHEGRI
Service d'Ophtalmologie
HMIMed V - Rabat
INPE: 101233096

bal

Cachet du pharmacien



ROYAUME DU MAROC
FORCES ARMEES ROYALES
HOPITAL MILITAIRE D'INSTRUCTION MOHAMMED V
INPE : 100005214

Facture N° : 230009372

Date : 01/02/2023

Identité du patient :

| | | |
|------------------------|-----------------------------|-----------------|
| IPP : 011837589 | Nom : EL BOUAZIZI | Prénom : OTHMAN |
| Grade/Titre : Monsieur | Carte d'identite : BE507303 | Unité : |

Informations Séjour :

| | | |
|------------------------------------|--------------------------|---------------------|
| Type séjour : CONSULTATION | N° séjour : 012300048935 | N° Carte Mutuelle : |
| Payant direct : EL BOUAZIZI OTHMAN | | N° PEC : |

| Type entrée | Specialité d'entrée | Date d'entrée | Type de sortie | Date sortie | NB JOURS |
|-------------------|---|---------------|----------------|-------------|----------|
| Admission normale | EXPLORATION FONCTIONNELLE OPHTALMOLOGIE | 01/02/2023 | ----- | ----- | ----- |

Ophtalmologie

| Désignation | Code | Date | Clé | Coéf/ Quantité | PU (base) | Part Totale |
|-------------------|--------|------------|-----|-------------------|-----------|-------------|
| OCT MACULAIRE ODG | NA0995 | 01/02/2023 | | 1 | 800,00 | 800,00 |

TOTALOphtalmologie 800,00

Total Facture : 800,00 MAD

Arrêter la présente facture à la somme de :

Huit cent Dirhams

Total Dossier : 800,00 MAD
Part Patient : 800,00 MAD

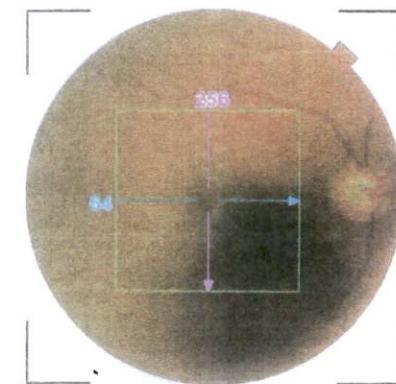
Emargement :

| Chef du Service de Facturation | Médecin Chef de l'HMIMV |
|--------------------------------|-------------------------|
| | |

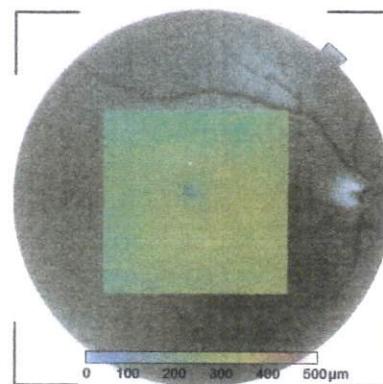
ID : 5873543

Name : othman elbouazizi

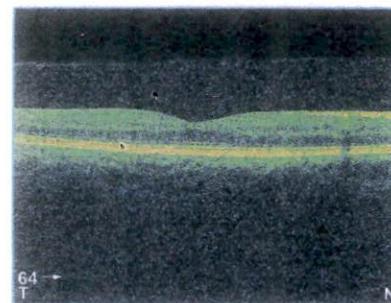
OD(R)

Image Quality : 39 mode : Basic(1.1.0)
Capture Date : 01/02/2023

Retinal thickness map ILM - RPE / Red-free

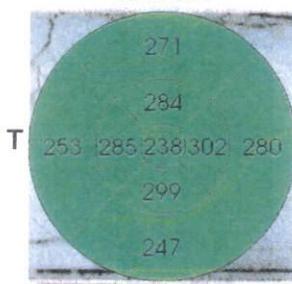


Retinal thickness ILM - RPE(μm)



ETDRS

Shadowgram



Average Thickness (μm) 268,8

Center Thickness (μm) 219

Total Volume (mm³) 7,60

ILM - RPE Map

S

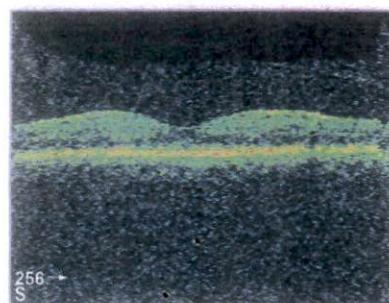
RPE Surface

T

N

T

N



Ethnicity :

Gender : Female

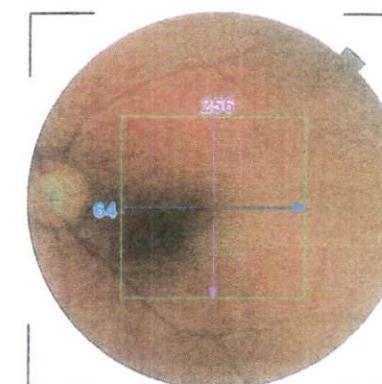
DOB : 15/11/1967 Age : 55

Technician :

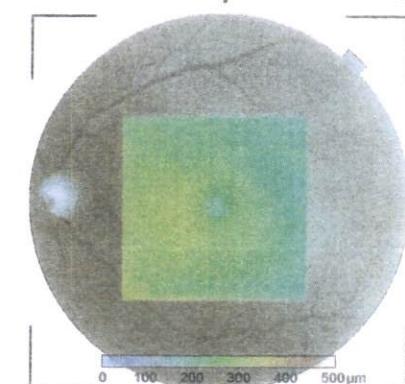
Fixation : OD(R) Macula / OS(L) Macula

Scan : 3D(6,0 x 6,0mm - 512 x 128)

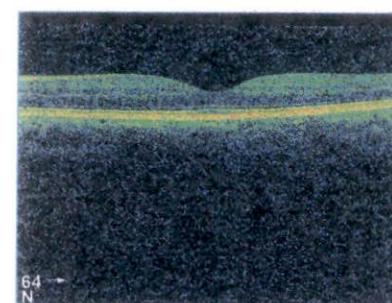
OS(L)

Image Quality : 35 mode : Basic(1.1.0)
Capture Date : 01/02/2023

Retinal thickness map ILM - RPE / Red-free

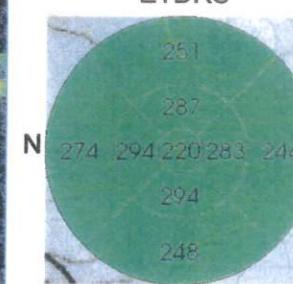


Retinal thickness ILM - RPE(μm)



ETDRS

Shadowgram



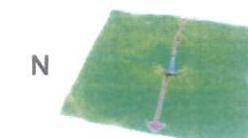
Average Thickness (μm) 261,0

Center Thickness (μm) 176

Total Volume (mm³) 7,38

ILM - RPE Map

RPE Surface



T

N



T

I

Comments :

Signature :

Date :

Glaucoma Analysis - Macula

ID : 5873543

Name : othman elbouazizi

3D OCT-2000(Ver.8.11)

Print Date : 01/02/2023

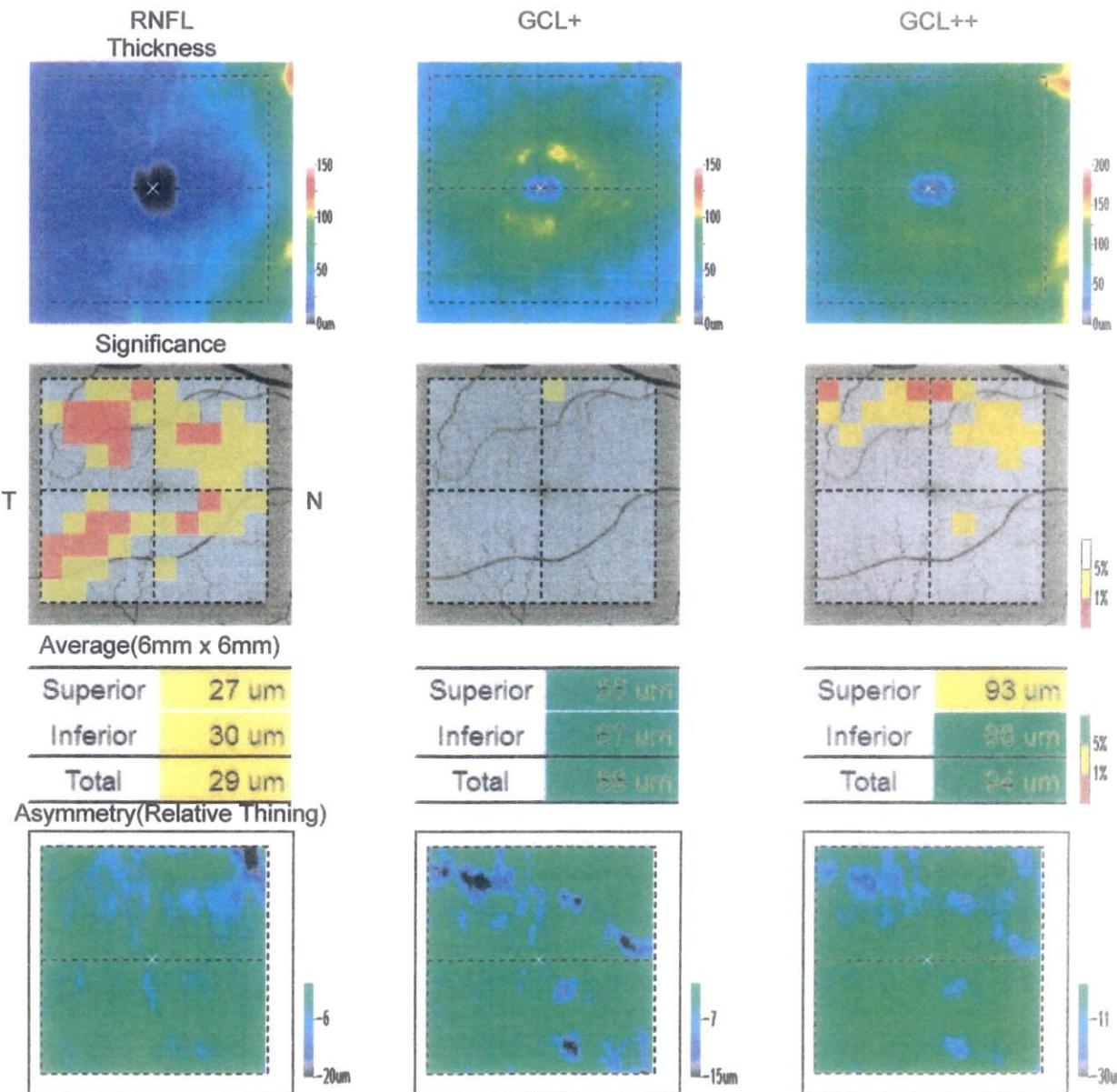
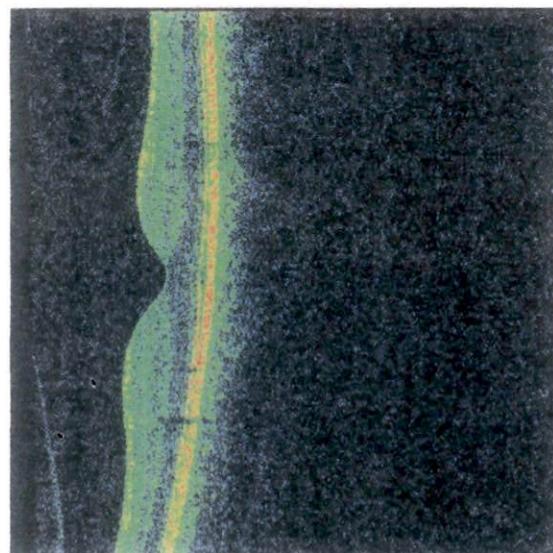
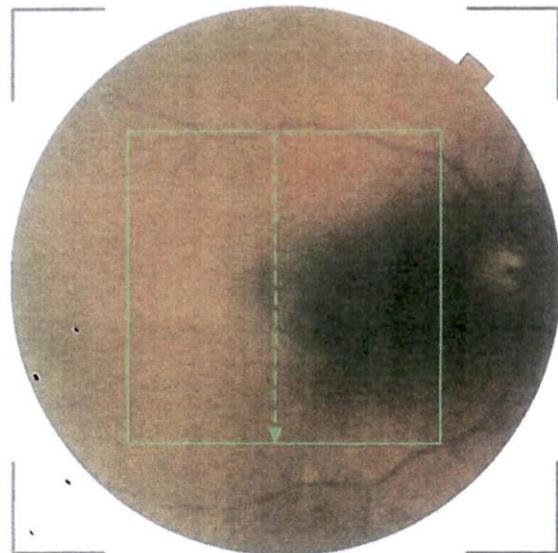
TOPCON

Ethnicity :
Gender : Female
DOB : 15/11/1967 Age : 55

Technician :
Fixation : OD(R) Macula
Scan : 3D(V)(NaN x NaNmm - 512 x 128)

OD(R)

Image Quality : **43** mode : Basic(1.1.0)
Capture Date : 01/02/2023



Comments :

Signature :

Date :

3D Disc Report OU w/ Topography

ID : 5873543

Name : othman elbouazizi

3D OCT-2000(Ver.8.11)

Print Date : 01/02/2023

TOPCON

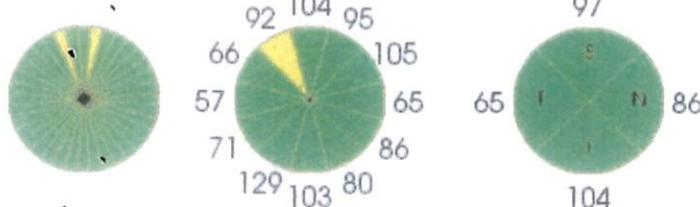
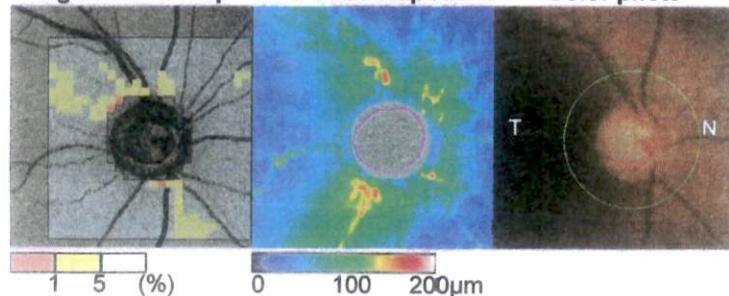
Ethnicity :
Gender : Female
DOB : 15/11/1967 Age : 55

Technician :
Fixation : OD(R) Disc / OS(L) Disc
Scan : 3D(6,0 x 6,0mm - 512 x 128)

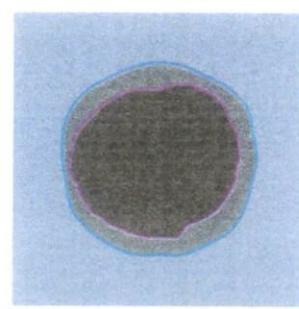
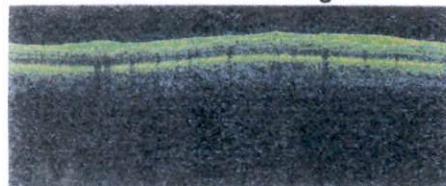
OD(R)

Image Quality : **35** mode : Basic(1.1.0)
Capture Date : 01/02/2023

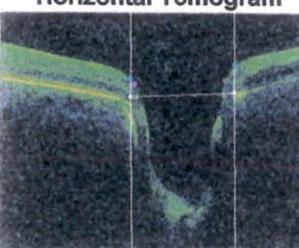
Significance Map Thickness Map RNFL Color photo



RNFL Circular Tomogram

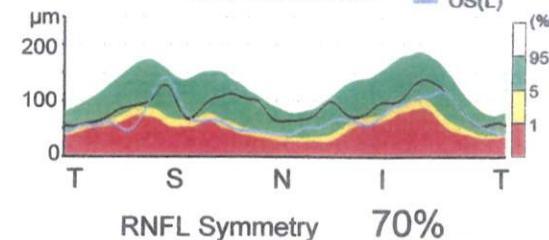


Red-free



Horizontal Tomogram

RNFL thickness



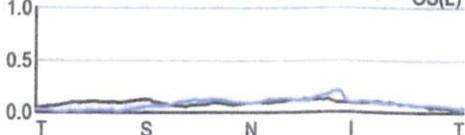
Average thickness RNFL(μm)

| | | |
|-----|-----------------|----|
| 88 | Total Thickness | 70 |
| 97 | Superior | 86 |
| 104 | Inferior | 88 |

Disc Topography

| | | | |
|------|----------------|-------------------|------|
| 3,14 | Disc Area | (mm^2) | 3,15 |
| 2,13 | Cup Area | (mm^2) | 2,17 |
| 1,01 | Rim Area | (mm^2) | 0,98 |
| 0,68 | C/D Area Ratio | | 0,69 |
| 0,82 | Linear CDR | | 0,83 |
| 0,79 | Vertical CDR | | 0,83 |
| 1,09 | Cup Volume | (mm^3) | 1,14 |
| 0,14 | Rim Volume | (mm^3) | 0,11 |
| 2,00 | Horizontal D.D | (mm) | 2,00 |
| 1,95 | Vertical D.D | (mm) | 1,98 |

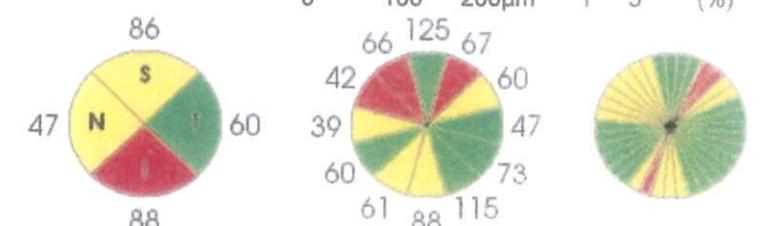
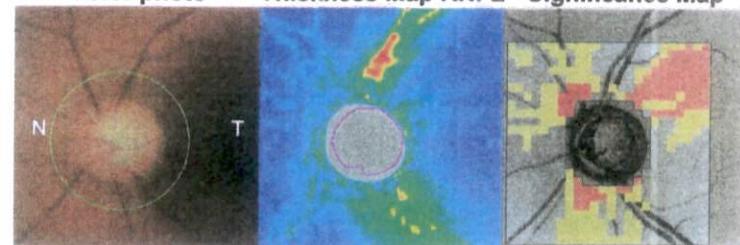
Disc margin — Cup margin —
R/D Ratio — OS(L)



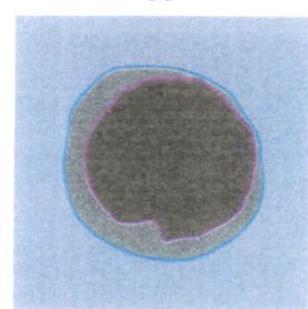
Disc parameters are determined at the reference plane height of (OD(R):120/OS(L):120) μm from the RPE plane in this version.

mode : Basic(1.1.0) Image Quality : **34**
Capture Date : 01/02/2023

Color photo Thickness Map RNFL Significance Map



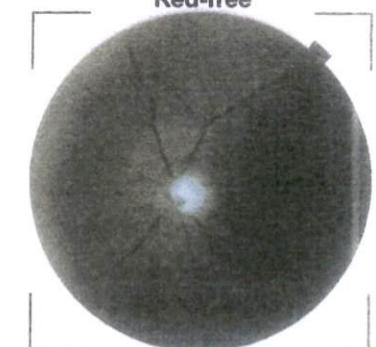
RNFL Circular Tomogram



Horizontal Tomogram



Red-free



Comments : Signature :

Date :