

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.

Déclaration de Maladie

N° W21-687156



<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>1439</u>			
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>MESSAÏ JAAMA EJJINE</u>			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : <u>53</u> Total des frais engagés : _____ Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie :			
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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 18/10/2018

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-687156

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 : _____
 Nom de l'adhérent(e) : _____
 Total des frais engagés : _____
 Date de dépôt : _____

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
18/01/23	CS		A	INP : 114107928
				Dr. CHARIF CHEFCHAOUNI Med Professeur d'Ophtalmologie

EXECUTION DES ORDONNANCES Fixe 05.87.67.66.66

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	INPE 101107928 Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
DR. H. BOUJEDDAD Radiologue N° 2 Date : 17.11.93 Vision de la bouche	18/10/93	0.0 t	1000,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

• VOLET ADHERENT

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

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 DENTAIRE	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			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	21433552 00000000 G 00000000 11433553	B H G B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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



PT230116095344

16 janvier 2023

Mr NEJJAI Jamal Eddine

OCT maculaire et du nerf optique

Centre de Vision Laser Ibn Sina
Centre de la Vision Ibn Sina
Exploration 2
Génération de la Vision Ibn Sina
75, Avenue Ibn Khaldoun, Agdal, Rabat
Tél.: 05 37 67 37 37 • Fax : 05 37 67 47 66

Dr. Charif CHEFCHAOUNI Med
Professeur d'Ophtalmologie
Tél.: 06 62 26 48 13

79, Résidence bellevue, angle rue 16 novembre et Avenue Ibn Sina
4^{ème} étage - appt 7 - Agdal - Rabat • Tél : 05 37 67 37 37 • Fax : 05 37 67 47 66

www.centrevisionlaser.ma

CLINIQUE DE LA VISION DE RABAT

F A C T U R E

Date : 18/01/2023

Numéro : 1 730



100061548

Nom patient : NEJJAI JAMAL EDDINE

Médecin : DR. CHEFCHAOUNI CHARIF MOHAMMED
OPHTALMOLOGUE

23A181708

PAYANT

	Montant
OCT	1 000,00

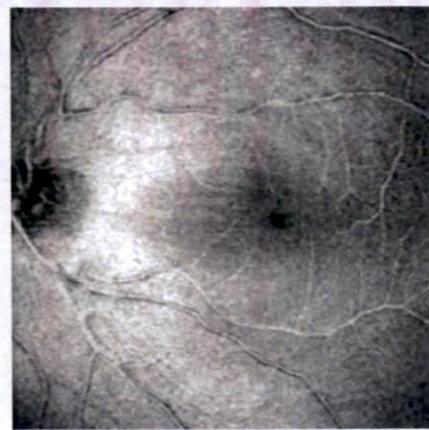
<i>Arrêtée la présente à la somme de :</i> MILLE DIRHAMS	<i>Total 1 000,00</i>
--	-----------------------

Patient: nejjai, jamal eddine
Physician:
Operator:
Disease:

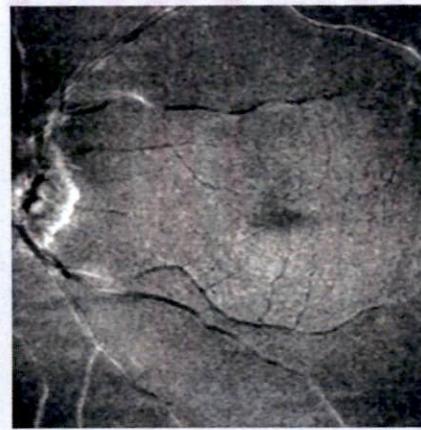
CLINIQUE DE LA VISION DE RABAT
26,Av IBN-KHALDOUN - RABAT - MAROC 05.37.67.66.66--Fax 05.37.67.72.51
Gender: Male
ID:

Exam Date: 18/01/2023
DOB(age): 23/06/1956 (66)
Ethnicity: Caucasian
Algorithm Ver: A2018,1,0,43

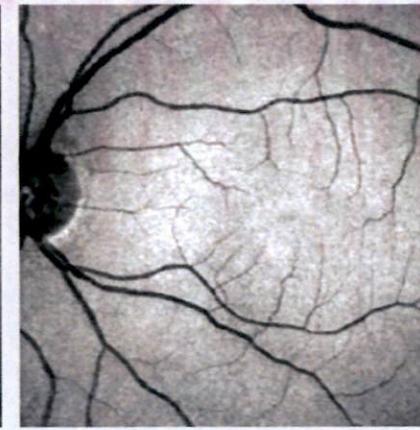
Retina OverVue



ILM - Offset: 0 Thickness: 60

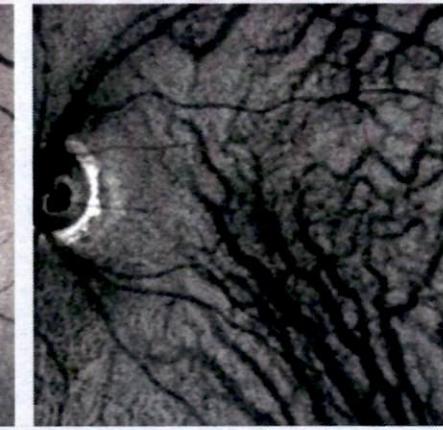


IPL - Offset: 0 Thickness: 90



RPE - Offset: -60 Thickness: 90

12.00 x 9.00 Scan Size (mm)

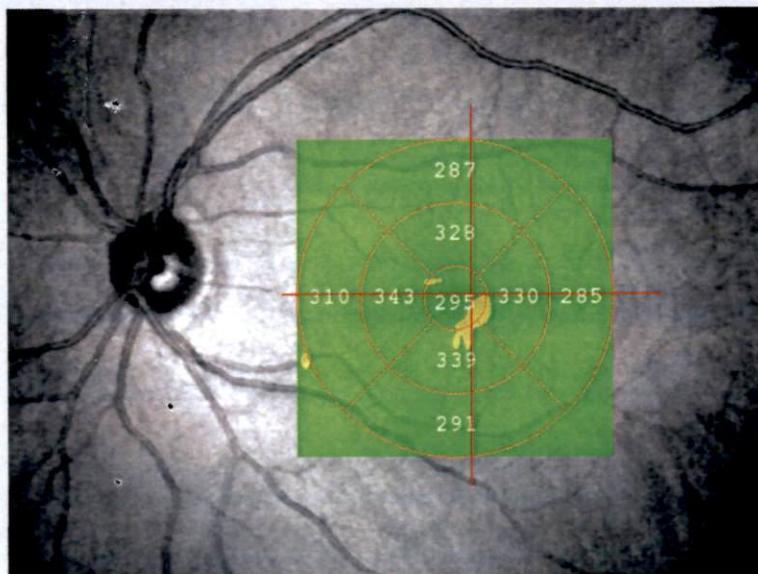


RPE Ref - Offset: 90 Thickness: 120

Left / OS

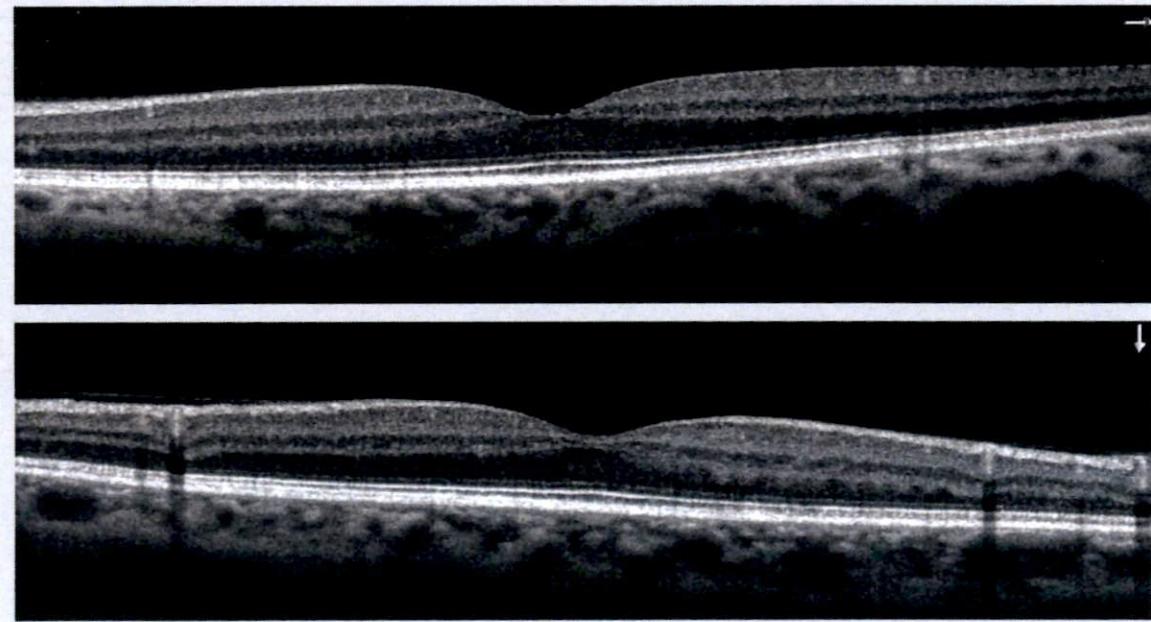
Tint

Auto Zoom



Reference image on 01/18/2023

Full Thickness NDB Reference



Report Date: mercredi 18/01/2023 16:17:05

Software Version: 2018,1,0,43

Comment:

Signature:

OPTOVUE
Defining the OCT Revolution

Patient: nejjai, jamal eddine
Physician:
Operator:
Disease:

CLINIQUE DE LA VISION DE RABAT
26,Av IBN-KHALDOUN - RABAT - MAROC 05.37.67.66.66--Fax 05.37.67.72.51

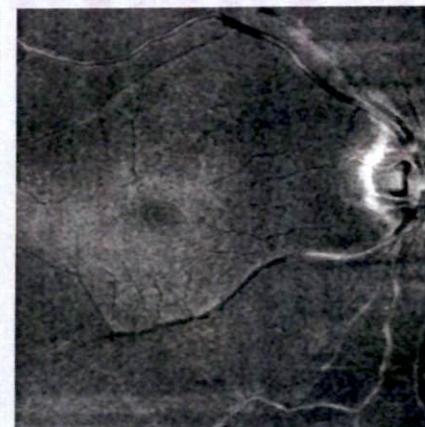
Gender: Male
ID:

Exam Date: 18/01/2023
DOB(age): 23/06/1956 (66)
Ethnicity: Caucasian
Algorithm Ver: A2018,1,0,43

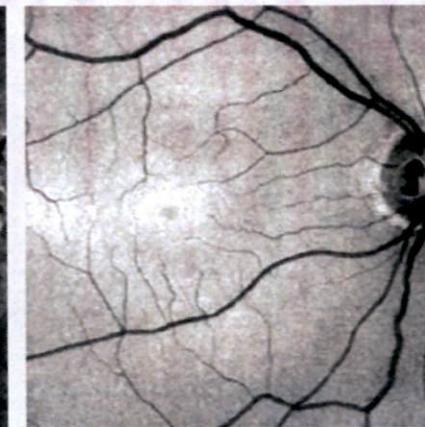
Retina OverVue



ILM - Offset: 0 Thickness: 60



IPL - Offset: 0 Thickness: 90



RPE - Offset: -60 Thickness: 90



RPE Ref - Offset: 90 Thickness: 120

Right / OD

Exit

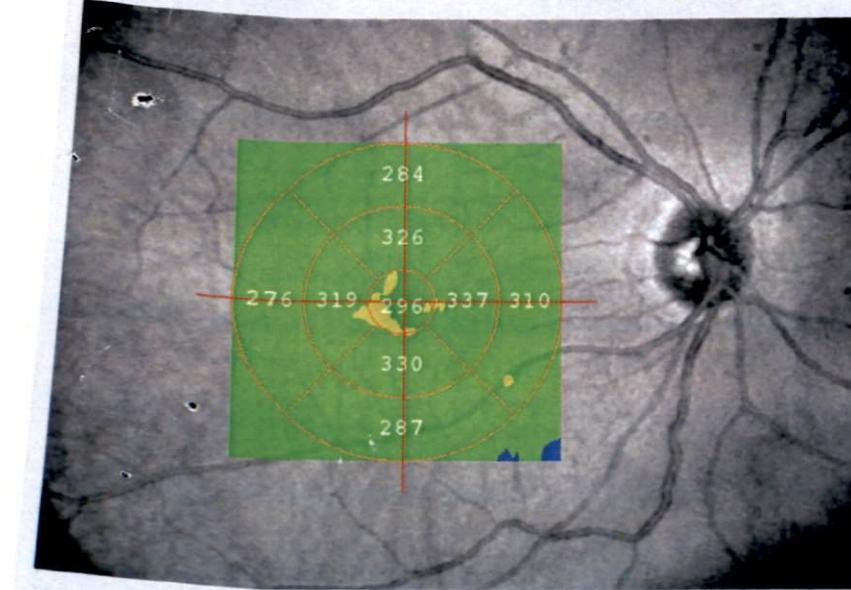
Print

En Face

Reset View

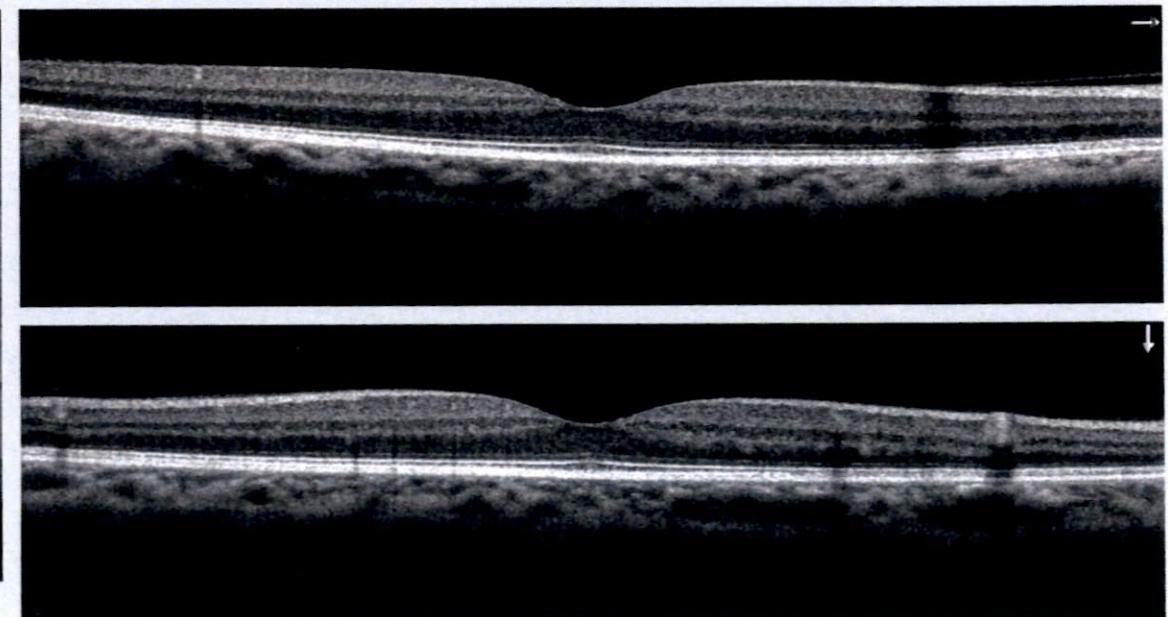
Tint

Auto Zoom



Reference image on 01/18/2023

Full Thickness NDB Reference



Report Date: mercredi 18/01/2023 16:16:18
Comment:

Signature:

Software Version: 2018,1,0,43

Defining the OCT Revolution

OPTOVUE

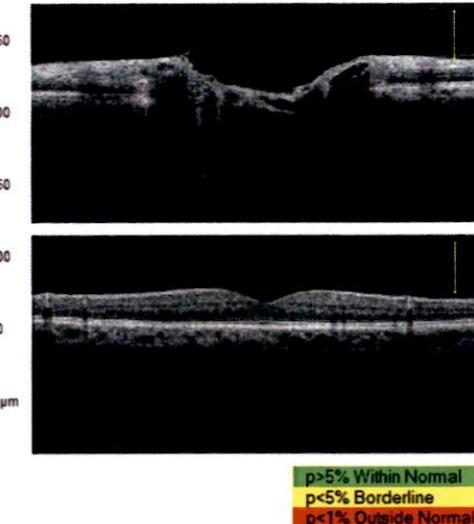
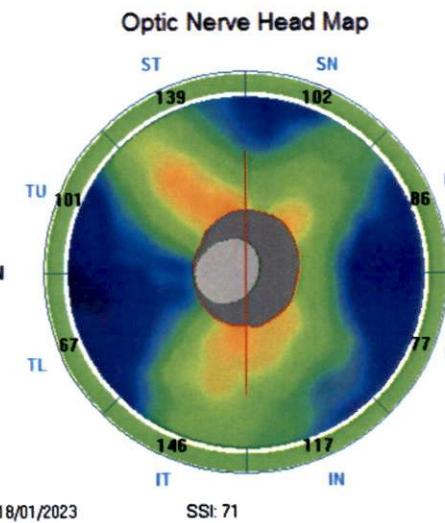
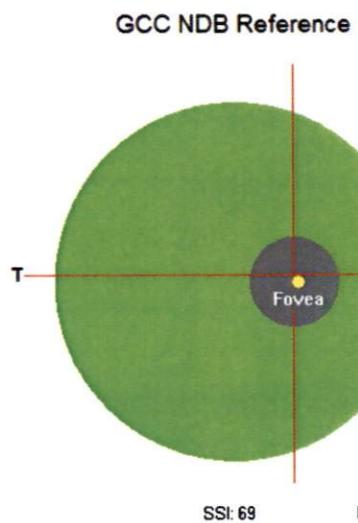
Patient: nejjai, jamal eddine
Physician:
Operator:
Disease:

CLINIQUE DE LA VISION DE RABAT
26, Av IBN-KHALDOUN - RABAT - MAROC 05.37.67.66.66--Fax 05.37.67.72.51
Gender: Male
ID:

Exam Date: 18/01/2023
DOB(age): 23/06/1956 (66)
Ethnicity: Caucasian
Algorithm Ver: A2018.1,0,43

ONH/GCC OU Report

Right / OD



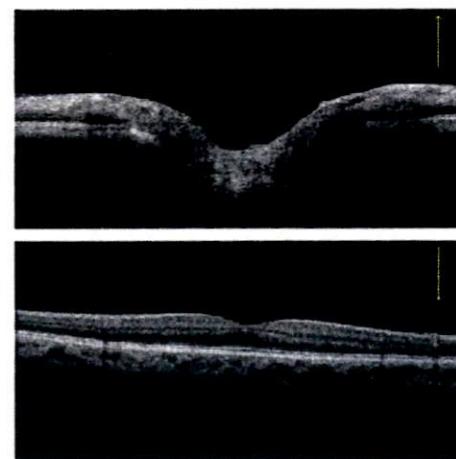
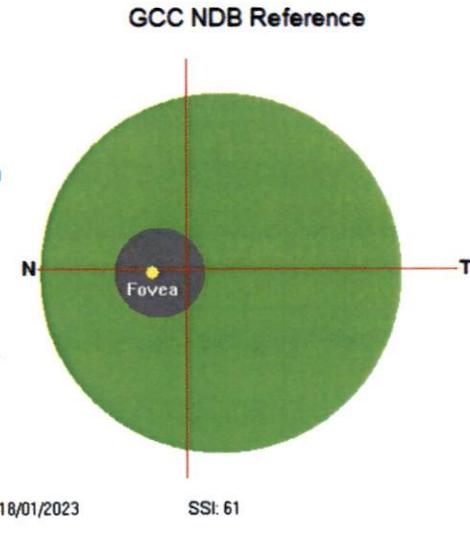
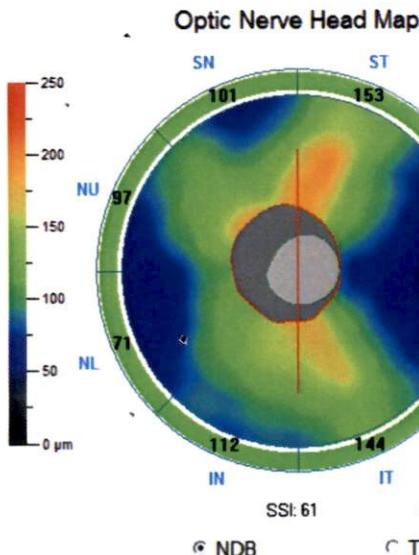
Summary Parameters

RNFL Analysis	OD	OS	Inter Eye (OD-OS)
Average RNFL (μm)	104	103	1
Superior RNFL (μm)	107	108	-1
Inferior RNFL (μm)	102	99	3
Intra Eye (S-I) (μm)	5	9	N/A

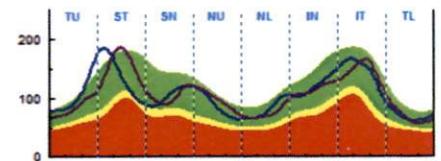
ONH Analysis	OD	OS	Inter Eye (OD-OS)
Cup/Disc Area Ratio	0.34	0.40	-0.06
Cup/Disc V. Ratio	0.56	0.60	-0.04
Cup/Disc H. Ratio	0.62	0.68	-0.06
Rim Area (mm ²)	1.24	1.16	0.08
Disc Area (mm ²)	1.87	1.93	-0.06
Cup Volume (mm ³)	0.090	0.195	-0.105

GCC Analysis	OD	OS	Inter Eye (OD-OS)
Average GCC (μm)	101	102	-1
Superior GCC (μm)	102	102	0
Inferior GCC (μm)	101	102	-1
Intra Eye (S-I) (μm)	1	0	N/A
FLV (%)	0.05	0.27	-0.22
GLV (%)	0.24	0.31	-0.07

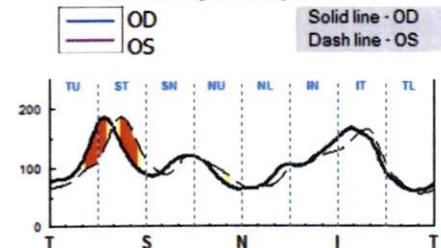
Left / OS



TSNIT NDB Reference



TSNIT Symmetry Plot



Report Date: mercredi 18/01/2023 16:16:02

Software Version: 2018.1,0,43

Comment:

Signature:

Defining the OCT Revolution

OPTOVUE



مصحة العيون الرباط
Clinique de la Vision de Rabat



PT1901104175

18 janvier 2023

COMPTE RENDU OCT

PATIENT : Mr NEJJAI Jamal Eddine 18/01/2023

Age : 66 ans et 6 Mois

Médecin traitant : DR CHEFCHAOUNI

- Epaisseur moyenne des fibres optiques péri-papillaires :

- OD : 104 µm
- OG : 103 µm

- Diagramme des épaisseurs des fibres optiques en camembert :

Supérieur OD/OG : 107/108

Inferieur OD/OG: 102/99

- Rapport C/D : OD : 0.34 OG : 0.40

