

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° W21-687156

Ouvrier

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7139 Société : ASA 304

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MESSAI JAMAL EJJINE

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 532 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ 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 : Le : 18/10/2013

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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 :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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	C3			INP : 110107928
				Dr. CHARIF CHEFCHAOUNI Med
				Professeur d'Odontologie

EXECUTION DES ORDONNANCES

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

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	18/01/23	oc +	1000,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

- VOILET ADHERENT

* 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 :

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	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																								
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	[Création, remont, adjonction]			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
	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



PT230116095344

16 janvier 2023

Mr NEJJAI Jamal Eddine

OCT maculaire et du nerf optique

مركز العيون الليزر
• عيادة العيون
Exploration 2
26 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

FACTURE

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

Total	1 000,00
Arrêtée la présente à la somme de : MILLE DIRHAMS	

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

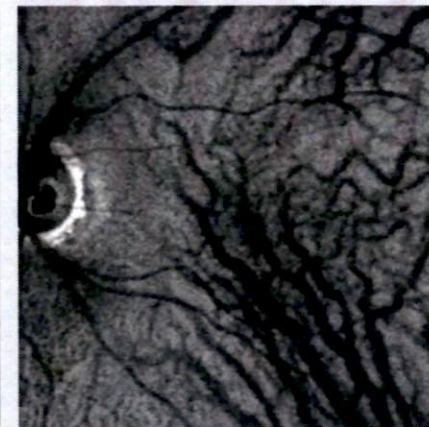


IPL - Offset 0 Thickness: 90



RPE - Offset -60 Thickness: 90

12.00 x 9.00 Scan Size (mm)



RPE Ref - Offset 90 Thickness: 120

Left / OS

Exit

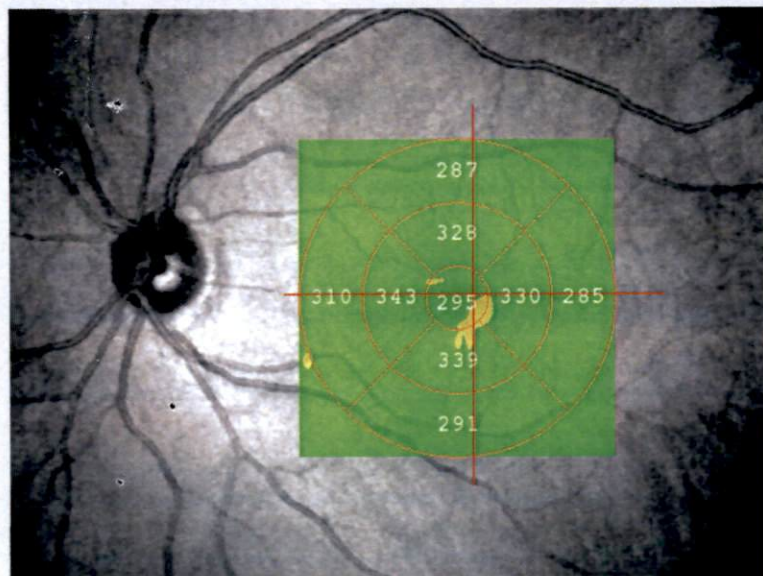
Print

En Face

Reset View

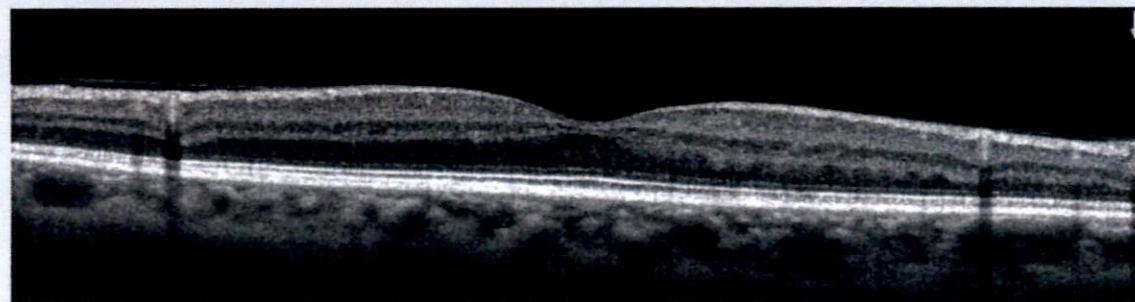
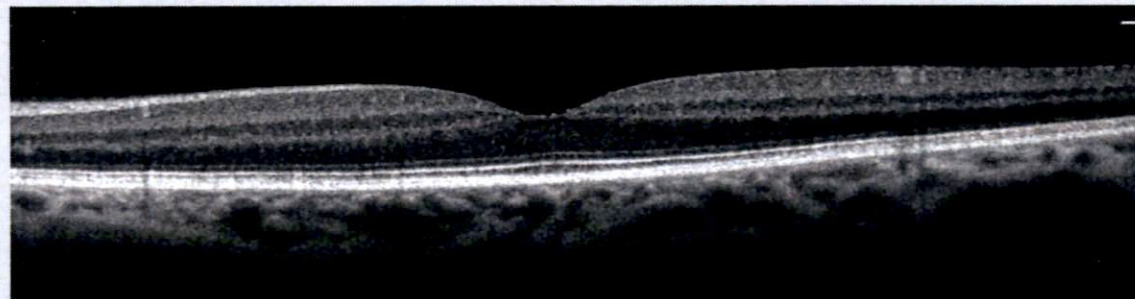
☐ Tint

☒ Auto Zoom



Reference image on 01/18/2023

☐ Full Thickness ☒ NDB Reference



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

Software Version: 2018,1,0,43

Comment:

Signature:

Defining the OCT Revolution

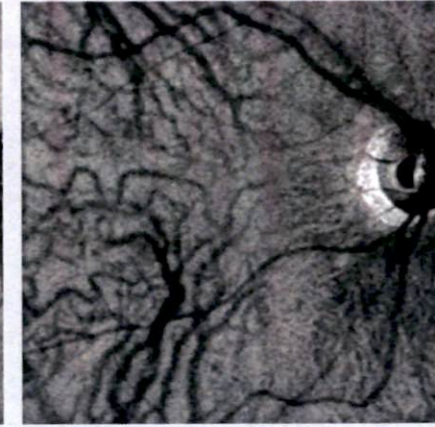
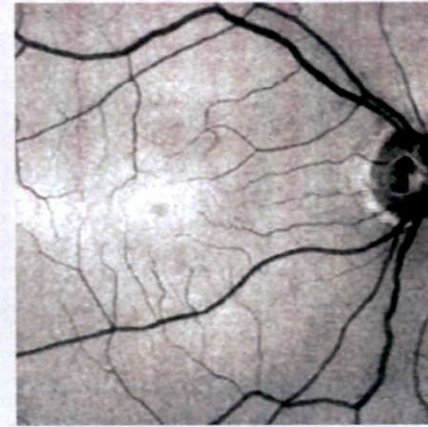
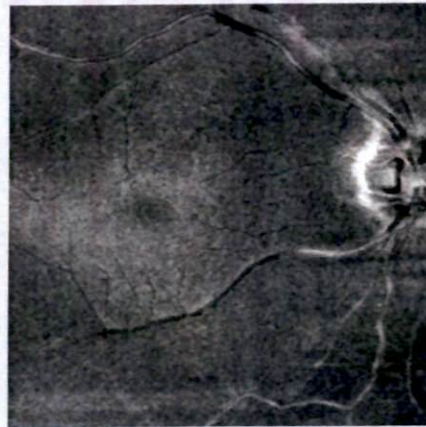
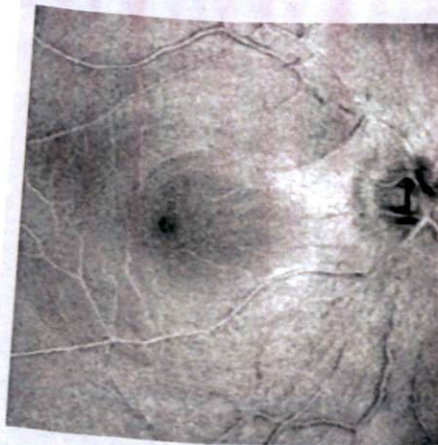


Patient: nejjaï, jamal eddine
Physician:
Operator:
Disease:

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



12.00 x 9.00 Scan Size (mm)

Right / OD

Exit

Print

En Face

Reset View

☐ Tint

☒ Auto Zoom

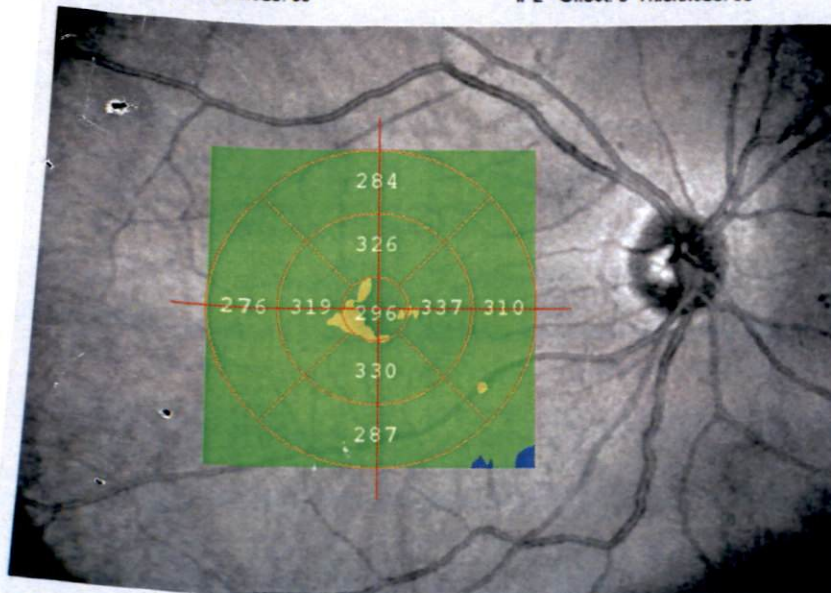


ILM - Offset: 0 Thickness: 60

IPL - Offset: 0 Thickness: 90

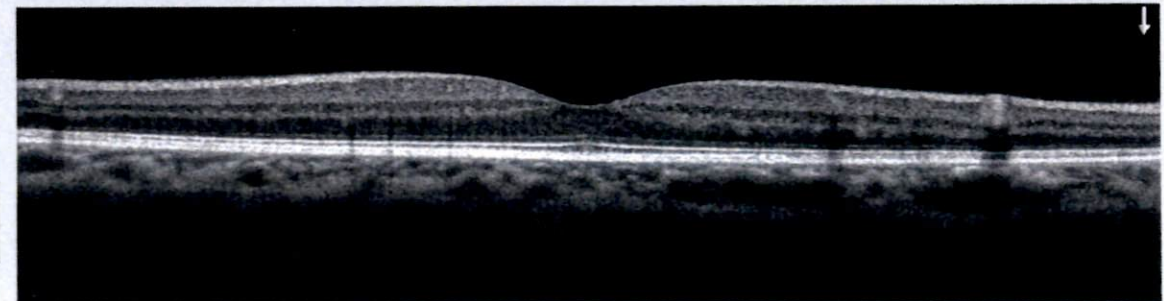
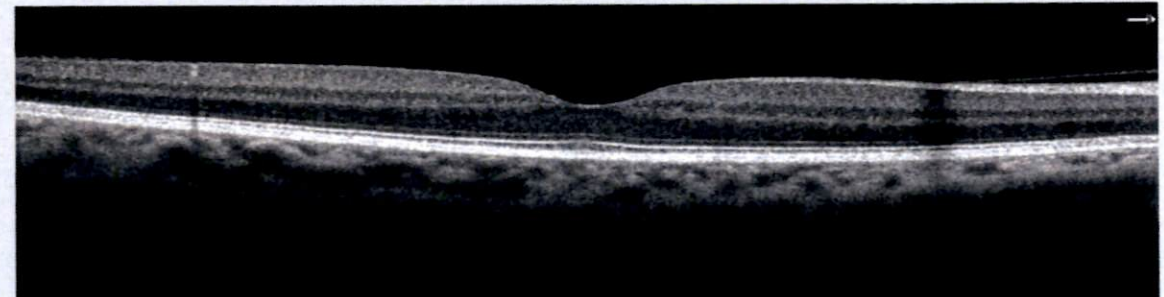
RPE - Offset: -60 Thickness: 90

RPE Ref - Offset: 90 Thickness: 120



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



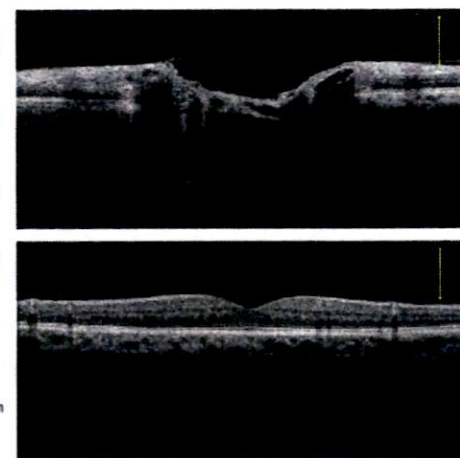
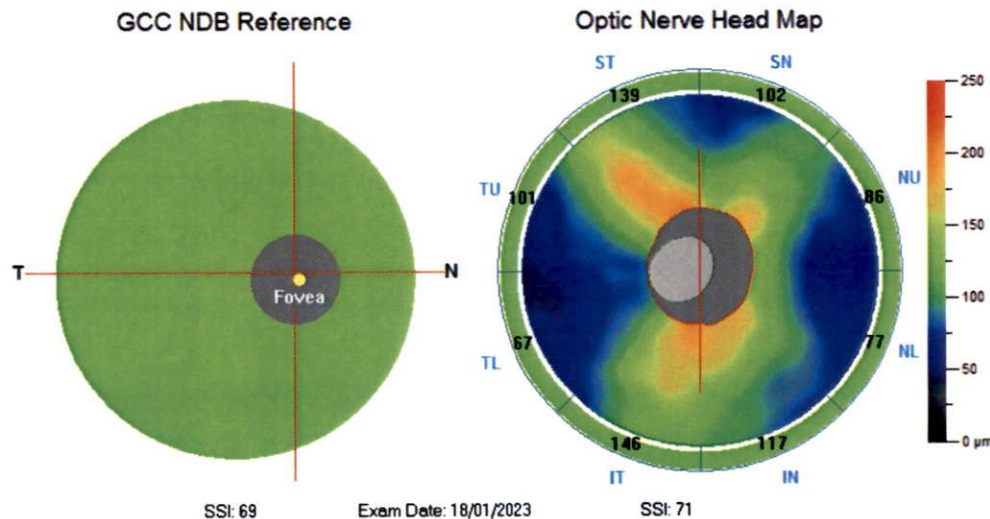
Patient: nejai, jamal eddine
 Physician:
 Operator:
 Disease:

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



p>5% Within Normal
 p<5% Borderline
 p<1% Outside Normal

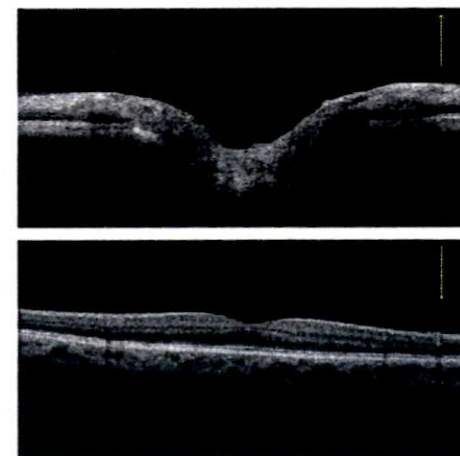
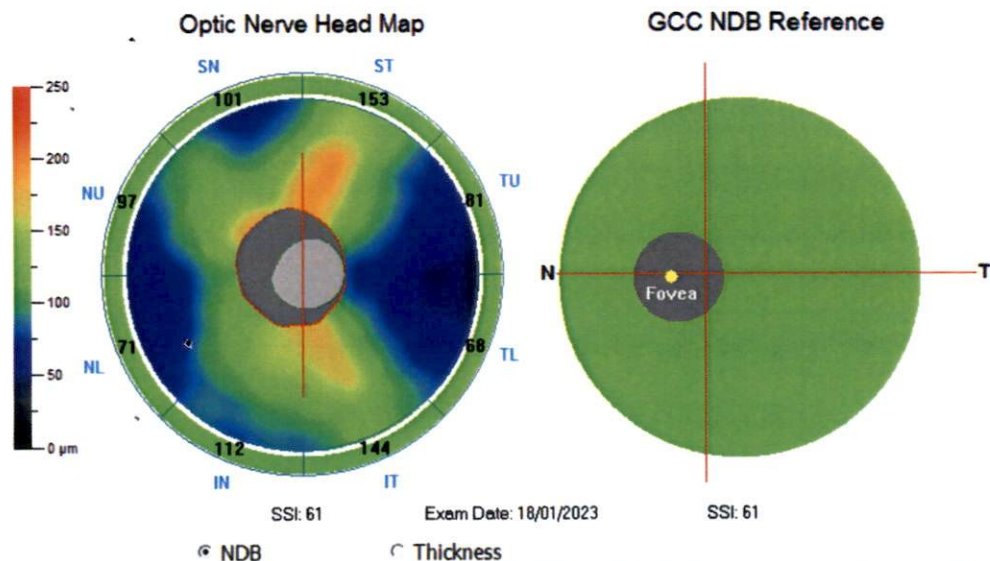
Summary Parameters

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

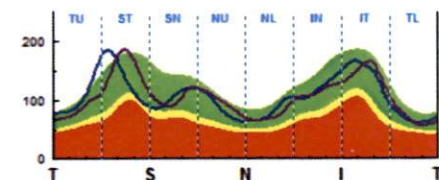
ONH Analysis	OD	OS	Inter Eye (OD-OS)
Cup/Disc Area Ratio	0.34	0.40	-0.06
Cup/Disc V. Ratio	0.56	0.60	-0.04
Cup/Disc H. Ratio	0.62	0.68	-0.06
Rim Area (mm ²)	1.24	1.16	0.08
Disc Area (mm ²)	1.87	1.93	-0.06
Cup Volume (mm ³)	0.090	0.195	-0.105

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

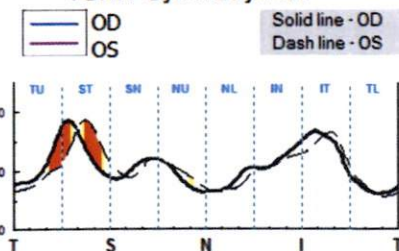
Left / OS



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





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 μ m
 - OG : 103 μ m
- 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


مصحة العيون الرباط
Clinique de la Vision de Rabat
Exploration de la vision



Siteweb