

# 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'H Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)

M23-010216

165687

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0979 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HADA ADSI

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 15/06/2013

Nom et prénom du malade : ADSI HADA Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Bonjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection : Oculiste

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

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 : / /

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
15/06/23	CS	Coiffure		 Dr. R. Mikou Chirurgien Dentiste 18, Avenue Senghor Tél : (+221) 0522 123456 E-mail : r.mikou@clinique.com

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
18, Avenue Sidi Abdellah Casablanca Tél. : 0522 47 16 94 - Fax : 0522 93 34 51	15/06/93	OCT	12000

## 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.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates a dental arch, likely a maxillary or upper arch, with the following details:

- Top Row (Maxillary Arch):** Labeled 'H' at the top. The teeth are numbered 1 through 8 from left to right. Each tooth is represented by a circle with a vertical line through it, and each number has a small symbol next to it: 1 (triangle), 2 (square), 3 (diamond), 4 (circle), 5 (hexagon), 6 (pentagon), 7 (heptagon), and 8 (octagon).
- Bottom Row (Mandibular Arch):** Labeled 'B' at the bottom. The teeth are numbered 1 through 8 from right to left. Each tooth is represented by a circle with a vertical line through it, and each number has a small symbol next to it: 1 (triangle), 2 (square), 3 (diamond), 4 (circle), 5 (hexagon), 6 (pentagon), 7 (heptagon), and 8 (octagon).
- Arrows:** A horizontal arrow labeled 'D' on the left points to the left, and a horizontal arrow labeled 'G' on the right points to the right.

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**F A C T U R E**
**Nº 6 955 / 2023 du 15/06/2023**

Nom patient	<b>ADSI HADA</b>	Entrée 15/06/2023	Sortie 15/06/2023
Prise en charge	<b>PAYANT</b>		

OCT

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
OCT	1,00		1 200,00	1 200,00
<b>Total</b>			Sous-Total	1 200,00
				<b>1 200,00</b>

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> <i>MILLE DEUX CENTS DIRHAMS</i>	<b>Total général 1 200,00</b>

	Espèces			Total encaissé	Solde
Encaissements	1 200,00			1 200,00	0,00

  
**CLINIQUE STENDHAL**  
 18, Avenue Stendhal, SC  
 Casablanca  
 Tel.: 0522 47 15 94 - Fax : 0522 99 34 51

Nom: ADSI, Hada

ID : PT23020310390 Date d'examen: 15/06/2023  
Date de naissance: 01/01/1942 Heure de l'examen: 10:08  
Sexe : Féminin Numéro de série: 5000-24671  
Technicien : CLINIQUE, STENDHAL Puissance du signal 9/10



CLINIQUE STENDHAL

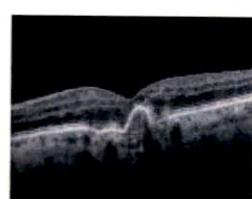
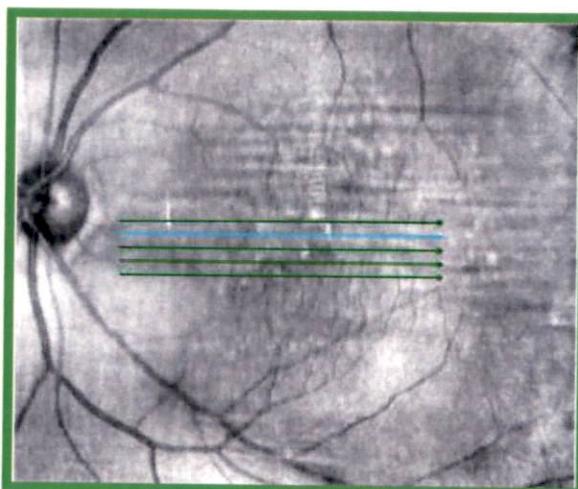
## Images haute définition: HD 5 Line Raster

OD   OS

Angle examen: 0°

Espacement: 0,25 mm

Longueur: 6 mm



Commentaires

Signature du médecin

SW Ver: 11.5.2.54532  
Copyright 2020  
Carl Zeiss Meditec, Inc  
All Rights Reserved

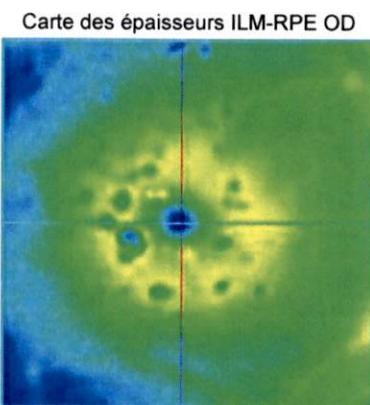
Page 1 sur 1

Nom: ADSI, Hada OD OS  
 ID : PT23020310390 Date d'examen: 15/06/2023 15/06/2023 CLINIQUE STENDHAL  
 Date de naissance: 01/01/1942 Heure de l'examen: 10:06 10:09  
 Sexe : Féminin Numéro de série: 5000-24671 5000-24671  
 Technicien : CLINIQUE, STENDHAL Puissance du signal 9/10 9/10

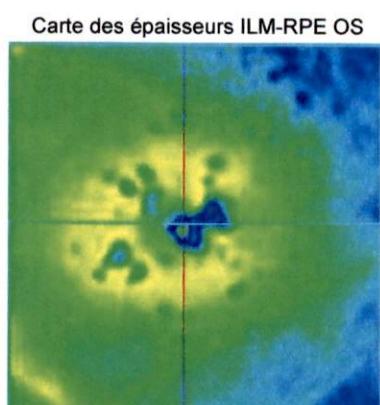
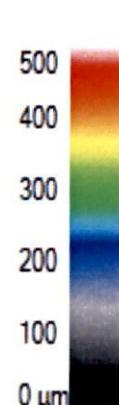


## Épaisseur maculaire OU : Macular Cube 512x128

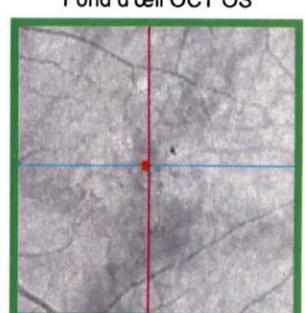
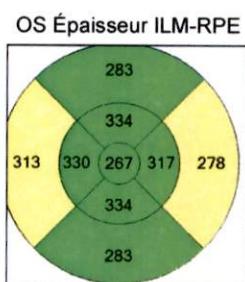
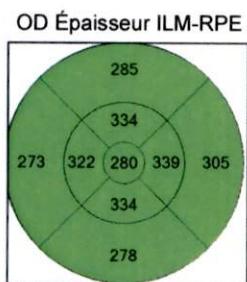
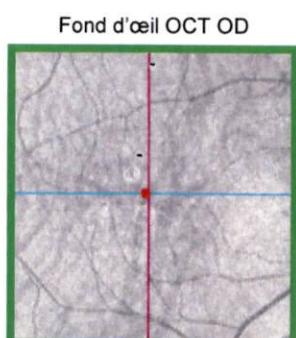
OD OS



Fovéa: 248, 64

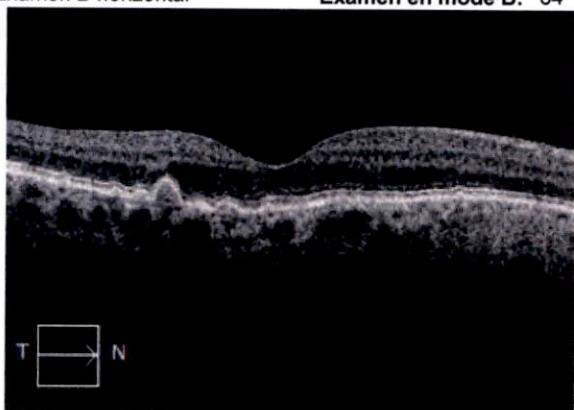


Fovéa: 240, 63



ILM - RPE	OD	OS
Épaisseur Sous-zone centrale (µm)	280	267
Volume (mm <sup>3</sup> )	10,5	10,5
Moy Épaisseur (µm)	291	280

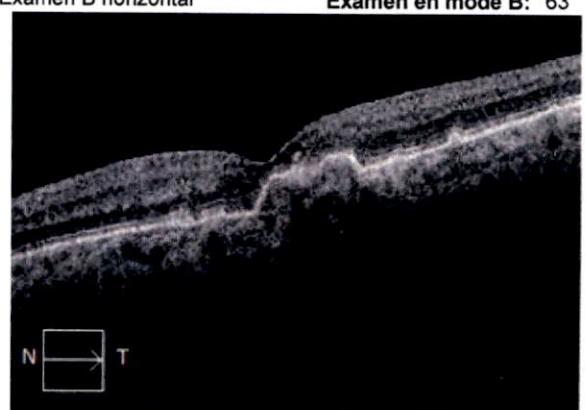
Examen B horizontal



Examen en mode B: 64

Examen B horizontal

Examen en mode B: 63



Commentaires

Signature du médecin

Nom: ADSI, Hada

ID : PT23020310390 Date d'examen: 15/06/2023

Date de naissance: 01/01/1942

Heure de l'examen: 10:06

Sexe : Féminin

Numéro de série: 5000-24671

Technicien : CLINIQUE, STENDHAL

Puissance du signal

CLINIQUE STENDHAL



Technicien : CLINIQUE, STENDHAL

Puissance du signal 9/10

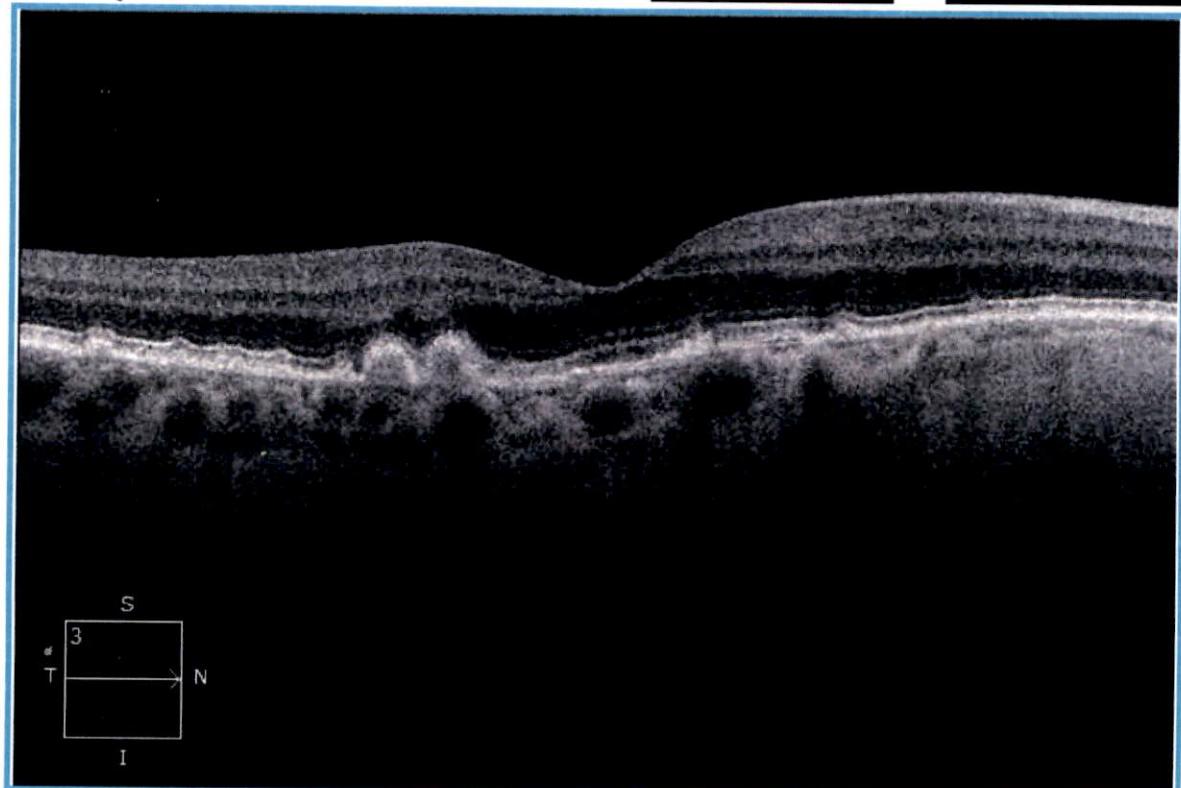
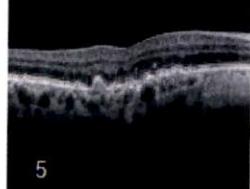
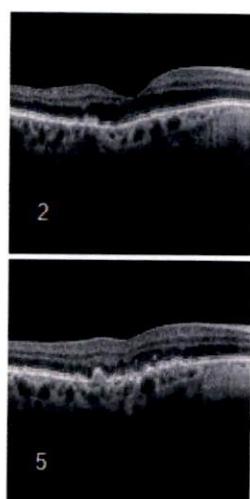
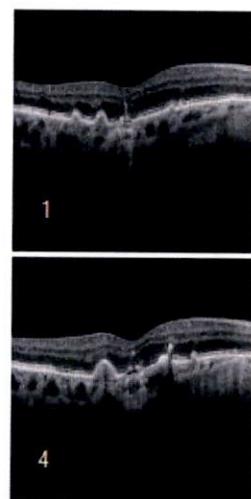
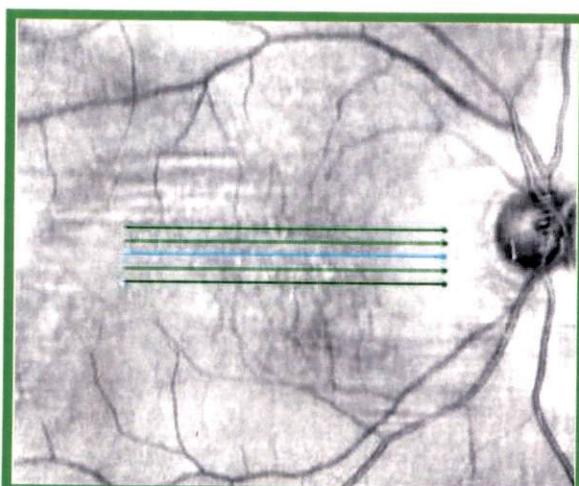
## Images haute définition: HD 5 Line Raster

OD  OS

Angle examen: 0°

Espace: 0,25 mm

Longueur: 6 mm



Commentaires

Signature du médecin

SW Ver: 11.5.2.54532  
Copyright 2020  
Carl Zeiss Meditec, Inc  
All Rights Reserved  
Page 1 sur 1

**Dr. Reda MIKOU**

Ophtalmologiste

Chirurgie Vitréo-Rétinienne



**CLINIQUE STENDHAL**

Ancien interne des hôpitaux de france

Ancien assistant Spécialiste à l'Hôtel-Dieu de Paris

Titulaire de l'European Board of Ophthalmology

Diplôme de Chirurgie Vitréo-Rétinienne - Dijon

Diplôme d'imagerie et de pathologie Rétinienne - Lariboisière paris VII

الدكتور رضى ميكو

طب العيون

أختصاصي في جراحة الشبكية



PT230203103902

15 juin 2023

**Mme ADSI Hada**

OCT

DR Reda MIKOU  
Chirurgien Ophtalmologiste  
18, Avenue Stendhal - Casablanca .SC  
Tél. : (+212) 0522 47 15 94  
E-mail : dr.mikou@cliniquestendhal.com

CLINIQUE STENDHAL  
18, Avenue Stendhal, SC  
Casablanca  
Tél. : 0522 47 15 94 - Fax : 0522 99 34 51

**Dr. Reda MIKOU**

Ophtalmologiste

Chirurgie Vitréo-Rétinienne



**CLINIQUE STENDHAL**

Ancien interne des hôpitaux de france

Ancien assistant Spécialiste a l'Hôtel-Dieu de Paris

Titulaire de l'European Board of Ophthalmology

Diplôme de Chirurgie Vitréo-Rétinienne - Dijon

Diplôme d'imagerie et de pathologie Rétinienne - Lariboisière paris VII

الدكتور رضى ميكو

طب العيون

اختصاصي في جراحة الشبكية

**15/06/2023**

## OCT Maculaire

**Mme Hada ADSI**

### - Œil droit

- Entonnoir fovéolaire conservé
- Présence de points hyperréflectifs intrarétiniens
- Plan de l'épithélium pigmentaire irrégulier, présence de DEP drusenoides en rétrofovégolaire
- Mapping maculaire dans les limites normales : ECM = 280 µm

### - Œil gauche

- Entonnoir fovéolaire conservé
- Présence de points hyperréflectifs intrarétiniens
- Plan de l'épithélium pigmentaire irrégulier, présence de DEP drusenoides en rétrofovégolaire
- Mapping maculaire dans les limites normales : ECM = 267 µm

Dr Reda MIKOU  
Chirurgien Ophtalmologiste

18, Avenue Stendhal - Casablanca SC  
Tél : (+212) 05 22 47 15 94  
E-mail : ophtalmologie@cliniquestendhal.com

18, Avenue Stendhal - Cité Plateau - Casablanca

Tél : (+212) 05 22 47 15 94 - Fax : (+212) 05 22 99 34 51

E-mail : ophtalmologie@cliniquestendhal.com