

# 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



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M23-010216

165687

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0979 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : HADA APSI  
 Date de naissance :  
 Adresse :  
 Tél. : Total des frais engagés : Dhs



### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 15/06/2023  
 Nom et prénom du malade : APSI HADA Age:  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Affection Oculaire  
 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) :

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
15/06/23		CS	Coatib	

### 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
18, Avenue de la Liberté, Casablanca Tél. : 0522 47 15 94 - Fax : 0522 99 34 51	15/06/23	OET	12000

### AUXILIAIRES MEDICAUX

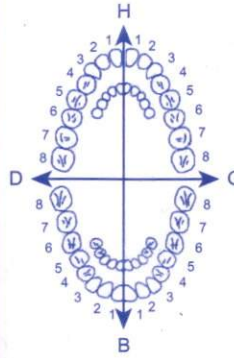
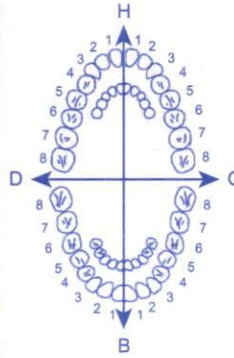
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

#### Important :

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															
				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 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>			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																		
	[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

# F A C T U R E

N° 6 955 / 2023 du 15/06/2023

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

*OCT*

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

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

Encaissements	<b>Espèces</b> 1 200,00				<b>Total encaissé</b> 1 200,00	<b>Solde</b> 0,00
---------------	----------------------------	--	--	--	-----------------------------------	----------------------

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



Nom: ADSI, Hada

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

CLINIQUE STENDHAL



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

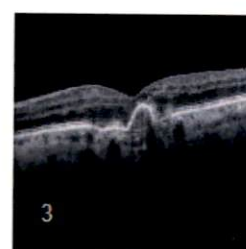
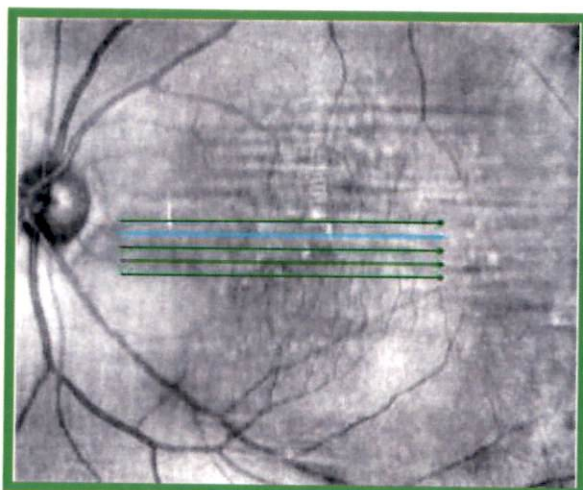
## Images haute définition: HD 5 Line Raster

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

ZEISS

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

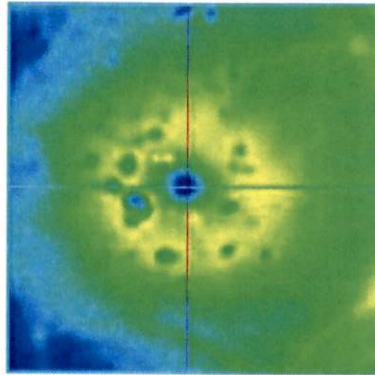
9/10

## Épaisseur maculaire OU : Macular Cube 512x128

OD

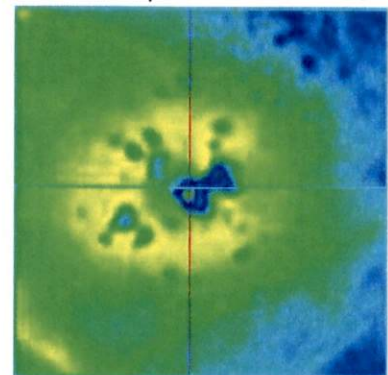
OS

Carte des épaisseurs ILM-RPE OD



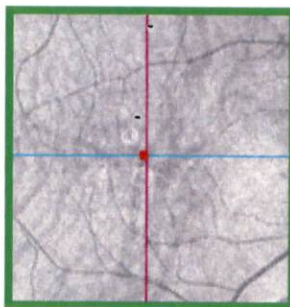
Fovéa: 248, 64

Carte des épaisseurs ILM-RPE OS

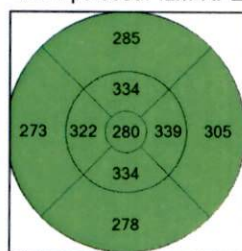


Fovéa: 240, 63

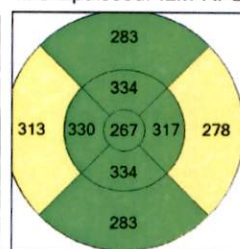
Fond d'œil OCT OD



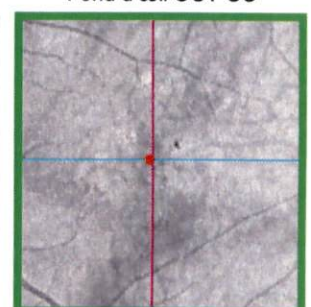
OD Épaisseur ILM-RPE



OS Épaisseur ILM-RPE

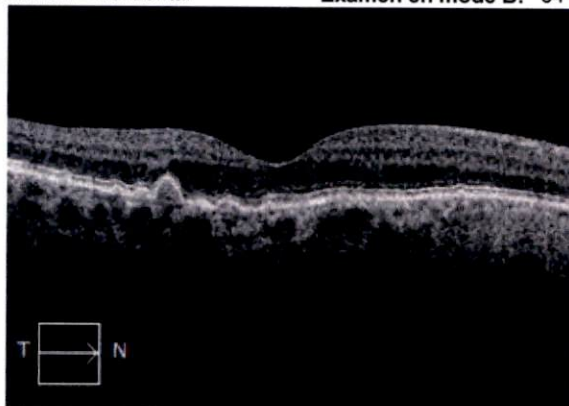


Fond d'œil OCT OS



ILM - RPE	OD	OS
Épaisseur Sous-zone centrale (µm)	280	267
Volume (mm³)	10,5	10,5
Moy Épaisseur (µm)	291	290

Examen B horizontal



Examen en mode B: 64

Examen B horizontal



Examen en mode B: 63

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



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

CLINIQUE STENDHAL

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 9/10

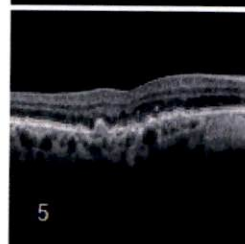
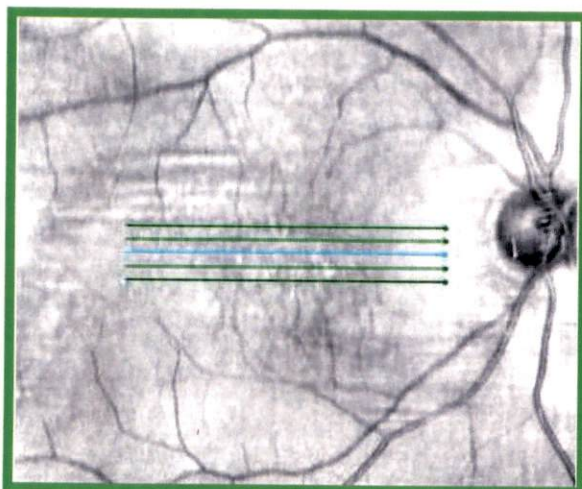
## Images haute définition: HD 5 Line Raster

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



PT230203103902

15 juin 2023

Mme ADSI Hada

OCT

Dr Reda MIKOU  
Chirurgien Ophtalmologiste  
18, Avenue Stendhal - Casablanca, SC  
Tél : (+212) 05 22 47 15 94  
E-mail : r.mikou@cliniquestendhal.com

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



15/06/2023

## OCT Maculaire

**Mme Hada ADSI**

### - Œil droit

- Entonnoir fovéolaire conservé
- Présence de points hyperréfectifs intrarétiniens
- Plan de l'épithélium pigmentaire irrégulier, présence de DEP drusenoides en rétrofovéolaire
- Mapping maculaire dans les limites normales : ECM = 280  $\mu$ m

### - Œil gauche

- Entonnoir fovéolaire conservé
- Présence de points hyperréfectifs intrarétiniens
- Plan de l'épithélium pigmentaire irrégulier, présence de DEP drusenoides en rétrofovéolaire
- Mapping maculaire dans les limites normales : ECM = 267  $\mu$ m

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