

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

N° W21-722374

AJSC2

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **9437**

Société : **R.A.T.**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **Tme ADGHOGHI DALILA Ep. TAIZI**

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : **0662 8464 32**

Total des frais engagés : **#1803,12#** Dhs

### Cadre réservé au Médecin

**DR. BERBICH Omar**  
Maladies et Chirurgie des Yeux  
21 Av. Allal Ben Abdellah - Rabat  
Tél : 05 37 911 911 / 05 37 70 00 40  
INPE : 101020815

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cachet du médecin :

Date de consultation : **31/07/2023**

Nom et prénom du malade : **ADGHOGHI DALILA**

Age:

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

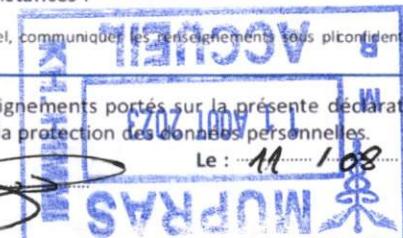
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : **Case**

Le : **11/08/2023**

Signature de l'adhérent(e) :



EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Hend ZANI</i>	<i>03/07/1983</i>	<i>803,10</i>

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																		
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																		
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		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"/>														
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
H	G																	
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>																
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																

# Docteur Omar BERBICH

Ophthalmologiste

Maladies et Chirurgie des Yeux

Angiographie Numérisée - Laser - OCT

Chirurgie Réfractive



الدكتور عمر بربichi

متخصص في أمراض وجراحة العيون

تصوير الأوعية المرقوم - الليزر - فحص الشبكية بالليزر

الجراحة الإنكسارية

Diplôme Universitaire d'inflammation et infection oculaire (Paris)

Diplôme Universitaire de pathologie Rétinienne,

Angiographie et Laser (Paris)

Diplôme Universitaire d'oeil et médecine interne

Universitaire de strabologie (Nantes)

PPV : 110,70 Dhs

IN SUR RENDEZ-VOUS

الدبلوم الجامعي من باريس في التهابات العيون

الدبلوم الجامعي في أمراض الشبكية وتصوير الأوعية والليزر

الدبلوم الجامعي في العين والطب الباطني

الدبلوم الجامعي من نانط في الحول

الاستشارة الطبية بالموضع

Rabat, le : ..... الرباط في :

31 juillet 2023

Mme ADGHOGHI Dalila

110,70 Dhs 3  
DORZIMOL collyre

SV

1 goutte fois 2 par jour matin et soir , dans les deux yeux, pendant 3 Mois

157,00 Dhs 3  
THEALOSE

SV

1 goutte 4 fois par jour et à la demande, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

VR2762C1OMAR/0722



3 662042 003295

VR2762C1OMAR/0722



Distribué au Maroc par :  
Laboratoires SOTHEMA  
B.P.N°1, 27182 Bouskoura - Maroc  
PPC : 157,00 DH

VR2762C1OMAR/0722



Distribué au Maroc par :  
Laboratoires SOTHEMA  
B.P.N°1, 27182 Bouskoura - Maroc  
PPC : 157,00 DH

الهاتف : 05 37 70 95 96

05 37 70 00 40

05 37 20 55 55

fax : 05 37 70 95 97 الفاكس :

شارع علال بن عبد الله - الرباط

21, Av Allal Ben Abdallah Rabat

Dr. BERBICH Omar  
Maladies et Chirurgie des Yeux  
21, Av. Allal Ben Abdallah - Rabat  
Tél : 05 37 911 911 / 05 37 70 00 40  
INPE : 101030815

E-mail: omarberbich@gmail.com البريد الإلكتروني :

31/07/2023

Mme ADGHOGHI Dalila

Dr. BERBICH Omar  
Maladies et Chirurgie des Yeux  
21, Av. Allal Ben Abdellah - Rabat  
Tél: 05 37 91 91 00 / 05 37 70 00 40  
INPE: 101030815

\*\*\* Reçu \*\*\*

Je soussigné certifie avoir reçu ce jour **de Mme ADGHOGHI Dalila**, la somme de 1000.00 DH en règlement d'une tomographie par cohérence optique (OCT).

DR BERBICH O

Dr. BERBICH Omar  
Maladies et Chirurgie des Yeux  
21, Av. Allal Ben Abdellah - Rabat  
Tél: 05 37 91 91 00 / 05 37 70 00 40  
INPE: 101030815

## TOMOGRAPHIE A COHERENCE OPTIQUE

DE Mme ADGHOGHI Dalila

31/07/2023

### MOTIF :

Suspicion de glaucome

### **COUPES GCC+ONH**

**ODG:** L'épaisseur des fibres optiques péri papillaires est normale en supérieur et en inférieur avec un RNFL à 88 $\mu$  en OD et à 100 $\mu$  en OG

Le complexe cellulaire ganglionnaire est dans les limites de la normale à droite et normale à gauche

### **MACULAR MAP**

**ODG:** Membrane hyaloïde non visible

Présence d'une fine MEM à droite avec quelque plissement de la surface rétinienne juxta papillaire

Entonnoir fovéolaire conservé

Absence de logettes d'œdème maculaire

Absence de DEP et de DSR

Aspect normal de l'hyper réflectivité du complexe membrane de Bruch EP

Atrophie para fovéolaire avec une EMC à 253 $\mu$  en OD et 256 $\mu$  en OG

### **AU TOTAL**

ODG: OCT papillaire normale avec absence de déperdition des fibres optiques péri papillaires

OCT maculaire normale en dehors d'une fine MEM à droite

Pachymétrie dans les normes à 498 $\mu$

Dr. BERBICH Omar  
Maladiés et Chirurgie des Yeux  
21 Av. Allal Ben Abdellah - Rabat  
Tél : 0537911911 / 0555700040  
INPE : 101030815