

# 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0028959

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3095

Société : RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : EL FRANI EL ARAB

Date de naissance : 01/01/1952

Adresse : HABITUELLE

Tél. : 073881836

Total des frais engagés : 1550DH

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01/11/2023

Nom et prénom du malade : EL FRANI EL ARAB

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Maladie chronique

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 : Casablanca

Le : 01/11/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## 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



# 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
01/11/23	C.S.		250,24	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet et signature du Pharmacien ou du fournisseur	Date	Montant de la Facture
	01/11/23	300,10

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
001/11/23 (Moukoko papille)	01/11/23	1000,24	

# AUXILIAIRES MEDICAUX

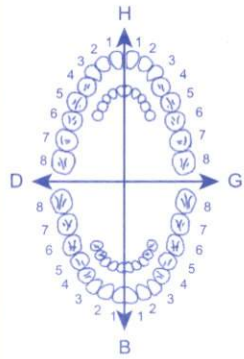
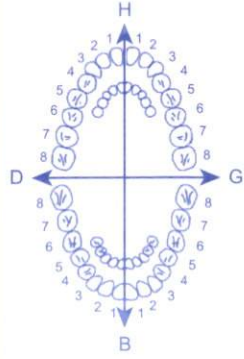
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 canaux, 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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <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> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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																		
				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



# Dr Mona ZAKI

**Spécialiste en Ophtalmologie**

**Adulte et Pédiatrique**

Ancienne Interne au CHU Ibn Rochd

Diplômée de la faculté de médecine et pharmacie  
de Casablanca

Membre de la Société Française d'ophtalmologie

Chirurgie des Yeux

DIU D'Imagerie et de pathologies rétiniennes  
de la faculté Paris Diderot

DIU d'OCT de la faculté de Bordeaux

Laser - Angiographie

DIU de Chirurgie Réfractive

Faculté de Médecine de Toulouse - Rangueil



## الدكتورة منى زكي

أخصائية في طب وجراحة العيون  
للکبار والأطفال

طبيبة داخلية بمستشفى ابن رشد سابقا

خريجة كلية الطب

والصيدلة الدار البيضاء

عضو في الجمعية الفرنسية لطب العيون

جراحة العيون

دبلوم في أمراض الشبكية

بجامعة باريس ديدرو

دبلوم OCT بجامعة فيرساي

دبلوم العدسات اللاصقة بجامعة بوردو

تصوير الشبكية - الليزر

دبلوم الجراحة بالليزر لتصحيح النظر

كلية الطب بتولوز

Casablanca, Le : .....

01 novembre 2023

Mr. EL FRAINI El Arbi

125.00

1/ XILOIAL COLLYRE

1 goutte 5 fois par jour a ne pas arrêter

76.10

2/ CORNEREGEL

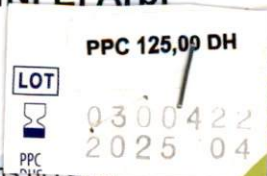
1 app le soir, 3 Mois

99.00

3/ RELAXIUM 375 MG

1 gell le soir

300.10



**Corneregel Gel ophta 10g**

ZENITHPHARMA  
AMM N° 89/15 DMP/21/NNP  
PPV: 76,10 dhs  
Vignette L1MA01 / 49809E300/1-MA

PHARMACIE HAJ  
Dr. BOUDAD Abdelkader  
Boulevard 85 Lot 778 El Wafak 3 El Oulfa  
Casablanca - Tél: 05 22 90 05 56



Dr. Mona ZAKI  
Spécialiste en Ophtalmologie  
Adulte et Pédiatrique  
Ancienne Interne au CHU Ibn Rochd  
Diplômée de la faculté de médecine et pharmacie  
de Casablanca

☎ 05 22 90 15 24

✉ zaki.mona.ak@gmail.com

☎ 06 65 99 25 98 (Tél + WhatsApp)

18, تجزئة سعد الخير شارع H.H 24 - الحي الحسني - البيضاء

18; Lotissement Saâd El Khair Bd. H.H 24 Hay  
Hassani - Casablanca



**Dr Mona ZAKI**

**Spécialiste en Ophtalmologie**

**Adulte et Pédiatrique**

Ancienne Interne au CHU Ibn Rochd

Diplômée de la faculté de médecine et pharmacie  
de Casablanca

Membre de la Société Française d'ophtalmologie

Chirurgie des Yeux

DIU D'Imagerie et de pathologies rétinienne  
de la faculté Paris Diderot

DIU d'OCT de la faculté de Bordeaux

Laser - Angiographie

DIU de Chirurgie Réfractive

Faculté de Médecine de Toulouse - Rangueil



**البكتورة منى زكي**

**أخصائية في طب وجراحة العيون  
للکبار والأطفال**

طبيبة داخلية بمستشفى ابن رشد سابقا

خريجة كلية الطب

والصيدلة الدار البيضاء

عضو في الجمعية الفرنسية لطب العيون

جراحة العيون

دبلوم في أمراض الشبكية

بجامعة باريس ديدرو

دبلوم OCT بجامعة فيرساي

دبلوم العدسات اللاصقة بجامعة بوردو

تصوير الشبكية - الليزر

دبلوم الجراحة بالليزر لتصحيح النظر

كلية الطب بتولوز

Casablanca, Le : .....: الدار البيضاء، في :

**01 novembre 2023**

**Mr. EL FRANI El Arbi**

**OCT (macula+papille)**

**OPHTALMOLOGISTE**



☎ 05 22 90 15 24

✉ zaki.mona.ak@gmail.com

☎ 06 65 99 25 98 (Tél + WhatsApp)

18، تجرئة سعد الخير شارع H.H 24 - الحي الحسني - البيضاء

18; Lotissement Saâd El Khair Bd. H.H 24 Hay

Hassani - Casablanca



# Dr Mona ZAKI

**Spécialiste en Ophtalmologie  
Adulte et Pédiatrique**

Ancienne Interne au CHU Ibn Rochd

Diplômée de la faculté de médecine et pharmacie  
de Casablanca

Membre de la Société Française d'ophtalmologie

Chirurgie des Yeux

DIU D'Imagerie et de pathologies rétinienne  
de la faculté Paris Diderot

DIU d'OCT de la faculté de Bordeaux

Laser - Angiographie

DIU de Chirurgie Réfractive

Faculté de Médecine de Toulouse - Rangueil



## الدكتورة منى زكي

أخصائية في طب وجراحة العيون  
للإبصار والأطفال

طبيبة داخلية بمستشفى ابن رشد سابقا  
خريجة كلية الطب

والصيدلة الدار البيضاء

عضو في الجمعية الفرنسية لطب العيون

جراحة العيون

دبلوم في أمراض الشبكية

بجامعة باريس ديدرو

دبلوم OCT بجامعة فيرساي

دبلوم العدسات اللاصقة بجامعة بوردو

تصوير الشبكية - الليزر

دبلوم الجراحة بالليزر لتصحيح النظر

كلية الطب بتولوز

Casablanca le

Casablanca, Le : 01/11/2023 : في : الدار البيضاء

**Patient (e) :**

el Frouni el Anbi

### Compte rendu d'OCT maculaire

**OD : - Central Subfield thickness (CST) :**

422µm

- Epithélium pigmentaire :

- Choroïde :

- Les couches rétinienne externes ( IS-OS et MLE)

RAS

- Logettes / kystes :

MEM tractionnelle

**OG : - Central Subfield thickness (CST) :**

280µm

- Epithélium pigmentaire :

- Choroïde :

- Les couches rétinienne externes ( IS-OS et MLE)

RAS

- Logettes / kystes :

PP et kystes

☎ 05 22 90 15 24

✉ zaki.mona.ak@gmail.com

☎ 06 65 99 25 98 (WhatsApp)

18، تجزئة سعد الخير شارع H.H 24 - الحي الحسني - البيضاء

18; Lotissement Saâd El Khair Bd. H.H 24 Hay

Hassani - Casablanca



# Dr Mona ZAKI

**Spécialiste en Ophtalmologie**

**Adulte et Pédiatrique**

Ancienne Interne au CHU Ibn Rochd

Diplômée de la faculté de médecine et pharmacie  
de Casablanca

Membre de la Société Française d'ophtalmologie

Chirurgie des Yeux

DIU D'Imagerie et de pathologies rétinienne  
de la faculté Paris Diderot

DIU d'OCT de la faculté de Bordeaux

Laser - Angiographie

DIU de Chirurgie Réfractive

Faculté de Médecine de Toulouse - Rangueil



## الدكتورة منى زكي

أخصائية في طب وجراحة العيون  
للکبار والأطفال

طبيبة داخلية بمستشفى ابن رشد سابقا  
خريجة كلية الطب

والصيدلة الدار البيضاء

عضو في الجمعية الفرنسية لطب العيون

جراحة العيون

دبلوم في أمراض الشبكية

بجامعة باريس ديدرو

دبلوم OCT بجامعة فيرساي

دبلوم العدسات اللاصقة بجامعة بورديو

تصوير الشبكية - الليزر

دبلوم الجراحة بالليزر لتصحيح النظر

كلية الطب بتولوز

Casablanca le 01/11/2023

Casablanca, Le : .....: الدار البيضاء، في

**Patient (e) : EL FRAINI EL ARBI**

### NOTE D'HONORAIRES

**OCT : 1000 DH**

**Je soussignée**

**certifié que MR EL FRAINI EL ARBI**

**A bénéficié d'un OCT et a payé la somme de mille dirhams**

OPHTALMOLOGISTE

Dr. ZAKI MONA  
Spécialiste Ophtalmologie  
Adulte et Pédiatrique  
18, Route Sidi El Khair Lot. Saad  
El Khair - Tél: 05 22 90 15 24  
Casablanca

☎ 05 22 90 15 24

✉ zaki.mona.ak@gmail.com

☎ 06 65 99 25 98 (WhatsApp)

18، تجزئة سعد الخير شارع H.H 24 - الحي الحسني - البيضاء

18; Lotissement Saad El Khair Bd. H.H 24 Hay  
Hassani - Casablanca



Patient: EL FRAINI, EL ARBI

Physician:

Operator:

Disease:

Gender: Male

ID:

Exam Date: 11/01/2023

DOB(age): 01/01/1952 (71)

Ethnicity:

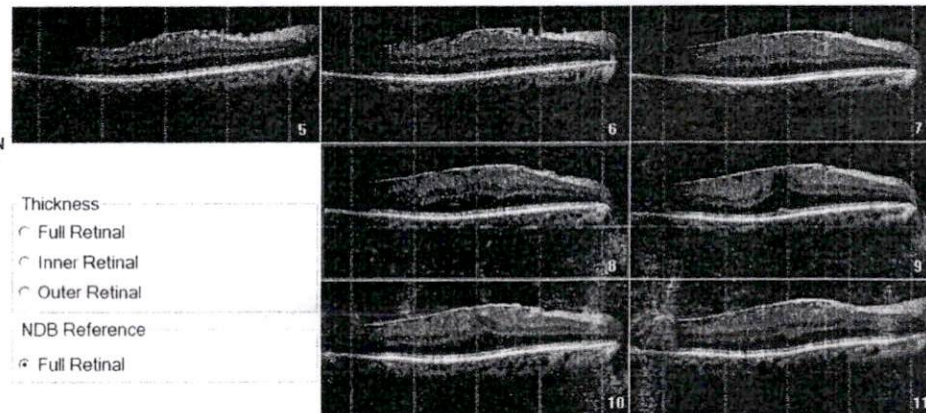
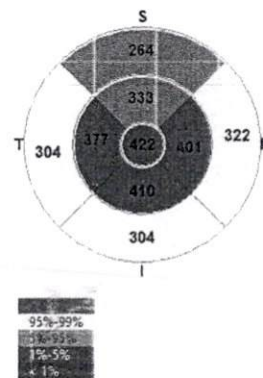
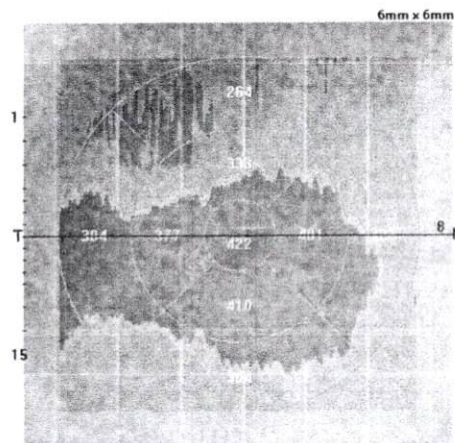
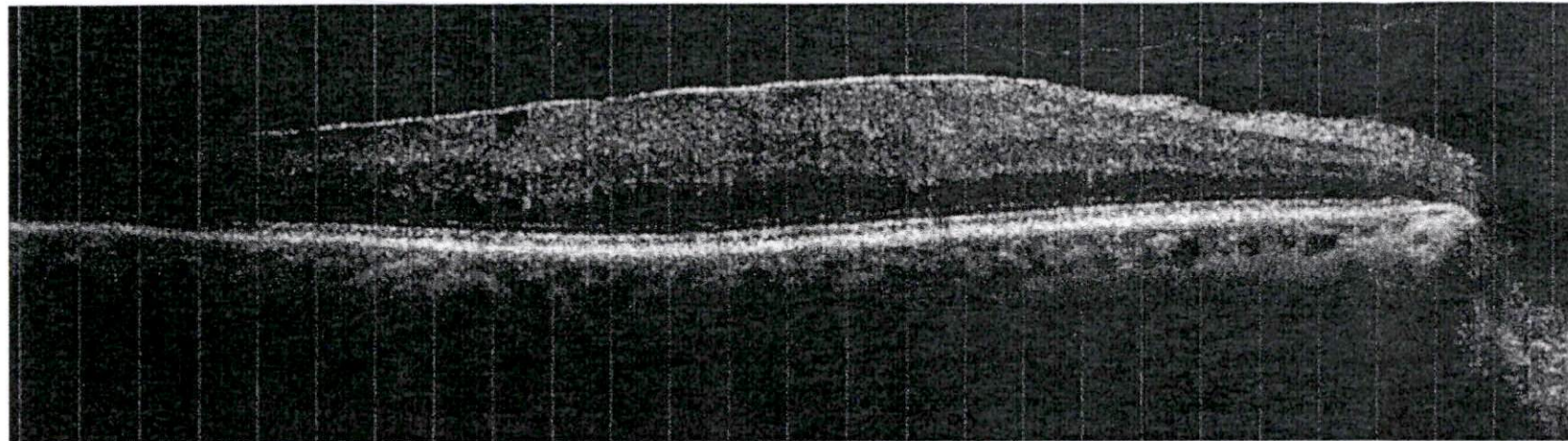
Algorithm Ver: Ai2018, 2, 0, 45

## Retina Map

Scan Quality Index: Good: 43 View Reproducibility

9.00 Scan Size (mm)

Right / OD



Thickness

- ☐ Full Retinal
- ☐ Inner Retinal
- ☐ Outer Retinal

NDB Reference

- ☒ Full Retinal

Report Date: Wednesday 11/01/2023 00:09:55

Software Version: 2018.2.0.45

Comment:

Signature:

Defining the OCT Revolution





aa

Patient: EL FRAINI, EL ARBI

Physician:

Operator:

Disease:

Gender: Male

ID:

Exam Date: 11/01/2023

DOB(age): 01/01/1952 (71)

Ethnicity:

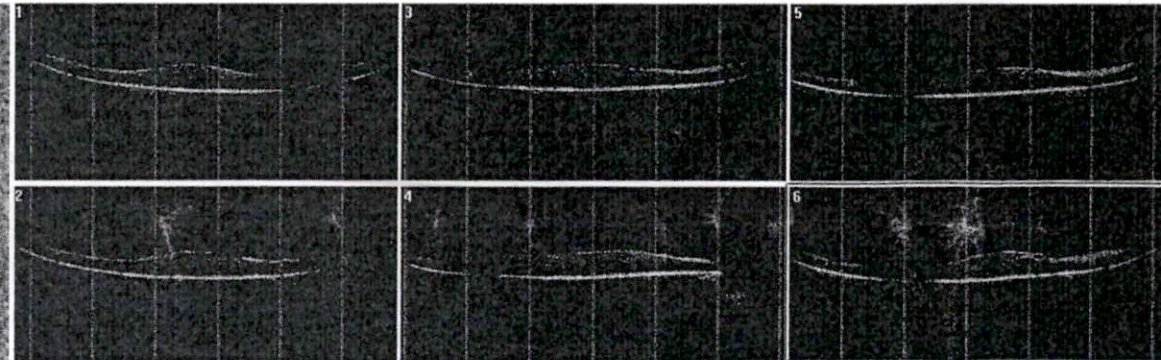
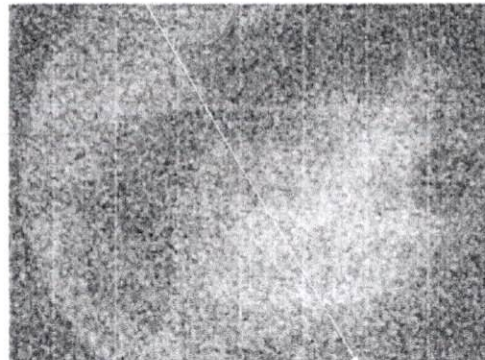
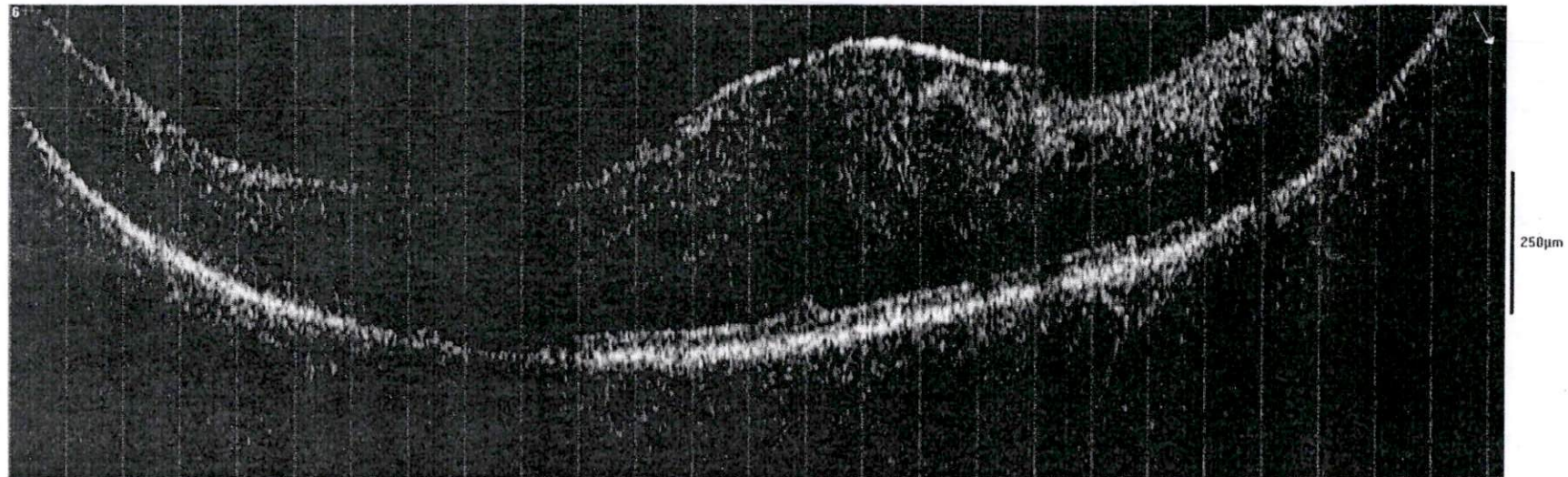
Algorithm Ver: Ai2018, 2, 0, 45

## Radial Lines

Scan Quality Index

12.00 Scan Size (mm)

Right / OD



Auto  
Zoom

Report Date: Wednesday 11/01/2023 00:09:21

Software Version: 2018.2.0.45

Comment:

Signature:

Defining the OCT Revolution





aa

Patient: EL FRAINI, ELARBI

Physician:

Operator:

Disease:

Gender: Male

ID:

Exam Date: 11/01/2023

DOB(age): 01/01/1952 (71)

Ethnicity:

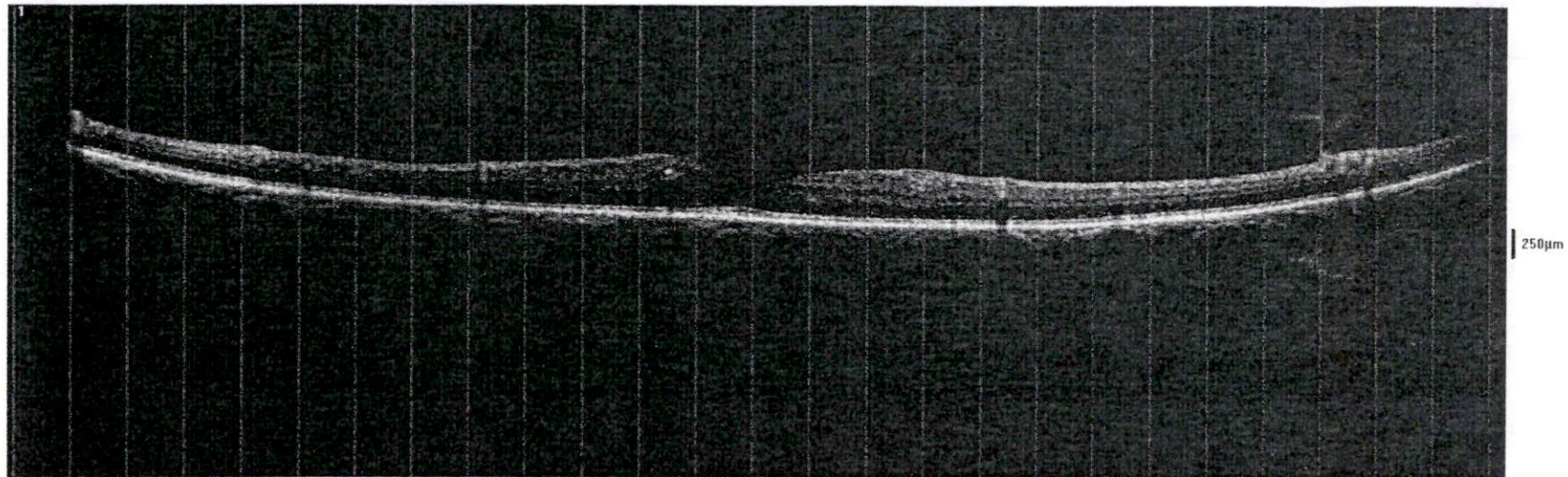
Algorithm Ver: Ai2018, 2, 0, 45

## Radial Lines

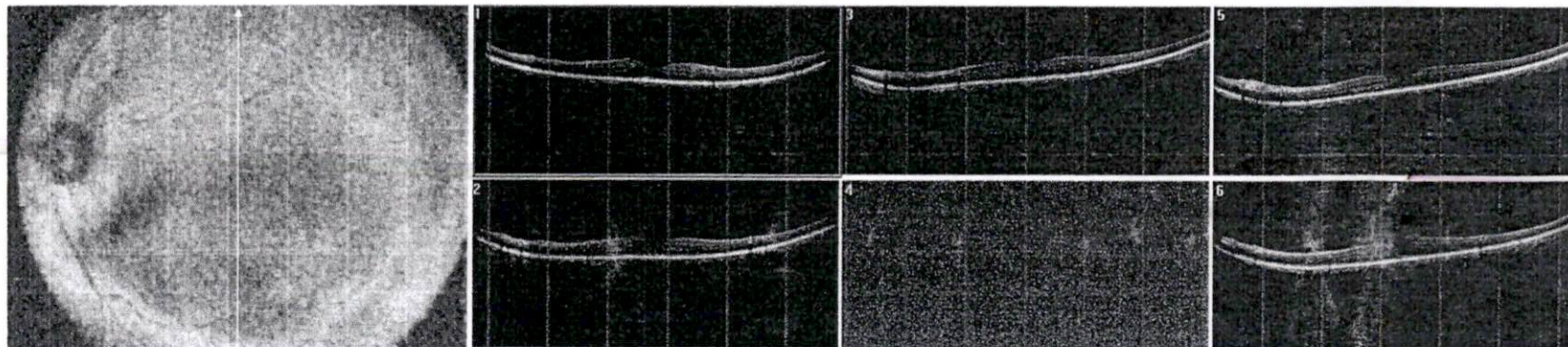
Scan Quality Index Good 47

12.00 Scan Size (mm)

Left / OS



Auto  
Zoom



Report Date: Wednesday 11/01/2023 00:10:28

Software Version: 2018.2.0.45

Comment:

Signature:

Defining the OCT Revolution





Patient: EL FRAINI, EL ARBI

Physician:

Operator:

Disease:

Gender: Male

ID:

Exam Date: 11/01/2023

DOB(age): 01/01/1952 (71)

Ethnicity:

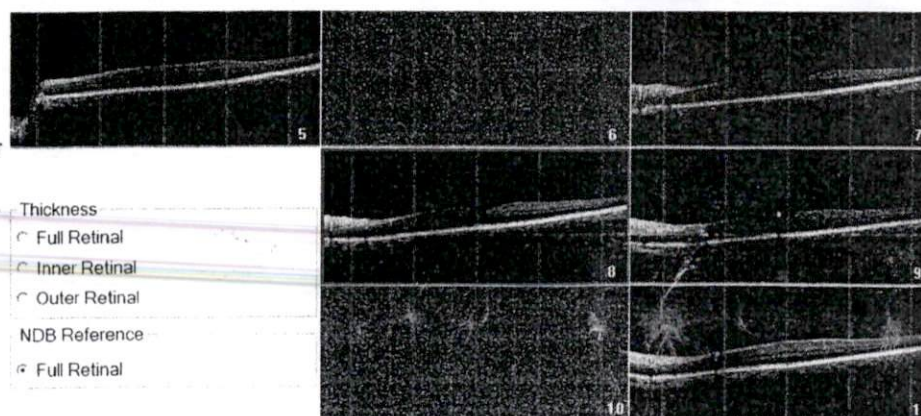
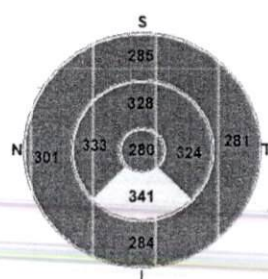
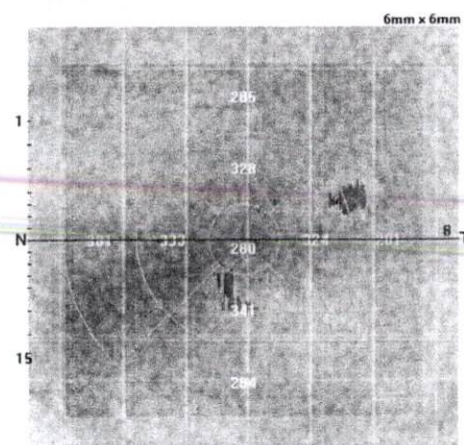
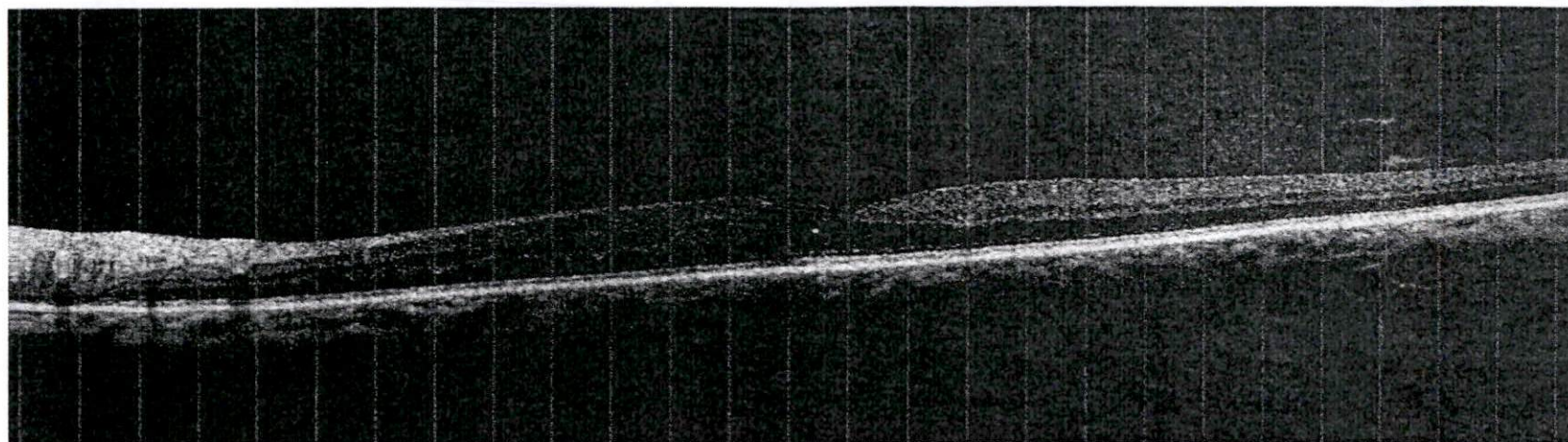
Algorithm Ver: Ai2018, 2, 0, 45

## Retina Map

Scan Quality Index: **Good (B)** View Reproducibility

Left / OS

9.00 Scan Size (mm)



Thickness

- ☐ Full Retinal
- ☐ Inner Retinal
- ☐ Outer Retinal

NDB Reference

- ☐ Full Retinal

Report Date: Wednesday 11/01/2023 00:11:19

Software Version: 2018.2.0.45

Comment:

Signature:

Defining the OCT Revolution

