

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	1481	Société :
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom :		
Date de naissance :		
Adresse :		
Tél. :	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 :

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

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 Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

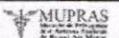
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX									
Diagramme d'Odontogramme (ODF) avec numérotation 1 à 8 pour les dents et lettres A, B, C, D, E, F, G, H pour les arches.													
Diagramme d'Odontogramme (ODF) avec numérotation 1 à 8 pour les dents et lettres A, B, C, D, E, F, G, H pour les arches.				MONTANTS DES SOINS									
Diagramme d'Odontogramme (ODF) avec numérotation 1 à 8 pour les dents et lettres A, B, C, D, E, F, G, H pour les arches.				DEBUT D'EXECUTION									
Diagramme d'Odontogramme (ODF) avec numérotation 1 à 8 pour les dents et lettres A, B, C, D, E, F, G, H pour les arches.				FIN D'EXECUTION									
Diagramme d'Odontogramme (ODF) avec numérotation 1 à 8 pour les dents et lettres A, B, C, D, E, F, G, H pour les arches.				COEFFICIENT DES TRAVAUX									
Diagramme d'Odontogramme (ODF) avec numérotation 1 à 8 pour les dents et lettres A, B, C, D, E, F, G, H pour les arches.				MONTANTS DES SOINS									
Diagramme d'Odontogramme (ODF) avec numérotation 1 à 8 pour les dents et lettres A, B, C, D, E, F, G, H pour les arches.				DATE DU DEVIS									
Diagramme d'Odontogramme (ODF) avec numérotation 1 à 8 pour les dents et lettres A, B, C, D, E, F, G, H pour les arches.				DATE DE L'EXECUTION									
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS									
<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION
H	25533412	21433552											
D	00000000	00000000											
B	35533411	11433553											
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>													



SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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	
					Montant des soins	
BROITE 12 13 14 15 16 17 18 ADULTES 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32					Début d'exécution	
					Fin d'exécution	
					Coefficient des travaux	
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire				
		H D 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553	G	Montant des soins	
ADULTES 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32					Date du devis	
					Fin de l'exécution	
Visa et cachet du praticien attenant le devis		Visa et cachet du praticien attenant l'exécution				

VOLET ADHERENT		NOM : <i>JANAH ABDERRAHIM</i>	Mle : 1481
DECLARATION N°	W15-022292		
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
25/01/24	1.958DH	13 AVEC RADIOS	
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois			
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			



W15-022292

DATE DE DEPOT

25.01.2024

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle : 1481	
Nom & Prénom : <i>JANAH ABDERRAHIM</i>			
Fonction : <i>RETRAITÉ</i>	Phones : <i>06.6142.08.84</i>		
eMail : <i>b.drv.h.m.Janah@gmail.com</i>			
MEDECIN		Prénom du patient : <i>ABDERRAHIM JANAH</i>	
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age : <i>12/1/2024</i>
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
<i>Affection Oculaire</i>			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<i>CS+FO V3M</i>			<i>4000</i>
PHARMACIE		Date : <i>12.01.2024</i>	
Montant de la facture		<i>58.00</i>	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date : <i>12.01.2024</i>	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
<i>U84</i>		<i>700</i>	
<i>U85</i>		<i>800</i>	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date :	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

Dr. Djebli El Aydouni Moulay Karim

OPHTHALMOLOGISTE

Maladies et Chirurgie des Yeux

**Diplomé de la Faculté de Médecine
de Marseille**

الدكتور الجبلي العيدوني مولاي كريم

أمراض العيون

خريج كلية الطب بمارسيليا

أمراض و جراحة العيون

Casablanca, le : الدار البيضاء، في

CASABLANCA, 18/01/2024

HONORAIRES : Mr JANAH ABDERRAHIM

Acte : Angiographie numérisée & OCT : K80 .

Montant : 800 DHS (huit CENT DIRHAMS) .

Dr. DJEBLI EL AYDOUNI Karim
OPHTHALMOLOGISTE
7, Rue Ben Dahan Casablanca
Tél. 0522 27 49 95

7, زنقة بن دحان - الدار البيضاء - الهاتف : 0522 27 49 95

7, Rue Ben Dahan - Casablanca - Tél. : 05.22.27.49.95 / 05.22.47.46.17

INPE : 091045195

Docteur Mohamed BENNANI

Ophtalmologiste

Chirurgie vitréo - rétinienne

Ancien résident du Collège de Médecine
des Hôpitaux de Paris

الدكتور محمد بناني

طب العيون

أمراض و جراحة الشبكة

داخلي سابق بمستشفيات باريس

Casablanca le 18/01/2024

Mr ABDERRAHIM JANAH

Acte : Location de matériel

ANGIO OCT (K80)

FRAIS CABINET : 700DH (sept cent dhs)

*Docteur Mohamed BENNANI
Ophtalmologiste
54, Bd. Rachidi - Casablanca
Tél.: 0522 22 40 22 / 0522 22 62 22*

54, Bd Rachidi - Casablanca - Tél. : 05.22.22.40.22/05.22.22.62.22 Fax : 05.22.22.73.22
05.22.22.73.22 ، شارع الراشيدي الدار البيضاء - الهاتف : 05.22.22.62.22/05.22.22.40.22 - الفاكس:

ICE 001709416000017

Dr. Djebli El Aydouni Moulay Karim

OPHTHALMOLOGISTE

Maladies et Chirurgie des Yeux

Diplômé de la Faculté de Médecine

de Marseille

الدكتور الجبلي العيدوني مولاي كريم

أمراض العيون

خريج كلية الطب بمرسيليا

أمراض و جراحة العيون

Casablanca, le **12 janvier 2024** الدار البيضاء، في

Mr. JANAH ABDERRAHIM

ANGIOGRAPHIE OCT

Docteur Mohamed PENNANI
Ophtalmologiste
54 Ed. Rachidi Casablanca
Tel.: 0522 22 40 22 / 0522 22 62 22

Dr. DJEBLI EL AYDOUNI Karim
OPHTALMOLOGISTE
1, Rue Ben Dahan Casablanca
Tel.: 0522 27 49 95

7. زنقة بن دحان - الدار البيضاء - الهاتف : 0522 27 49 95

7, Rue Ben Dahan - Casablanca - Tél. : 05.22.27.49.95 / 05.22.47.46.17

INPE : 091045195

Dr. Djebli El Aydouni Moulay Karim

OPHTALMOLOGISTE

Maladies et Chirurgie des Yeux

**Diplomé de la Faculté de Médecine
de Marseille**

الدكتور الجبلي العيدوني مولاي كريم

أمراض العيون

خريج كلية الطب بمرسيليا

أمراض و جراحة العيون

Casablanca, le **12 janvier 2024** الدار البيضاء، في

Mr JANAH ABDERRAHIM

INDOCOLLYRE



1 goutte matin et soir , dans l'œil droit, pendant 1 Mois

5802

فلاينج البورصة
PHARMACIE DE LA BOURSE
Dr Rachid Dounia
117 Bd. Mohamed V
Casablanca
Tél : 0522 31 06 81

Dr. DJEBLI EL AYDOUNI KARIM
OPHTALMOLOGISTE
1- Rue Ben Dahan - Casablanca
Tél : 05 22 27 49 95

H9589
03 - 2023
08 - 2024
99971

INDOCOLLYRE 0,1% O LOT /
Collyre 5ml FAB/ زنثيفار
ZENITH PHARMA EXP/ تاريخ انتهاء
AMM N°155/19/DMR/21/INDOMN
6118001270988

INDOCOLLYRE 0,1%
collyre en solution

7، زنقة بن دحان - الدار البيضاء - الهاتف : 0522 27 49 95

7, Rue Ben Dahan - Casablanca - Tél. : 05.22.27.49.95 / 05.22.47.46.17

INPE : 091045195

Dr. Djebli El Aydouni Moulay Karim

OPHTALMOLOGISTE

Maladies et Chirurgie des Yeux

Diplômé de la Faculté de CASABLANCA, le jeudi 18 janvier 2024
de Marseille

ANGIOGRAPHIE OCT DU 18/01/2024
Mr JANAH ABDERRAHIM

الدكتور الجبلي العيدوني مولاي كريم

أمراض العيون

خريج كلية الطب بمارسيليا
أمراض وجراحة العيون

Casablanca le : الدار البيضاء في

Contexte :
HTA

Clichés monochromatiques et séquence angiographique oeil droit :

Volumineux hématome maculaire

Retard de perfusion branche temporale inférieure , absence d'occlusion veineuse

OCT oeil droit :

.DSR volumineux hématique ,997 μ

Clichés monochromatiques et séquence angiographique oeil gauche:

Séquence angiographique normale

OCT oeil gauche :

bonne dépression fovéolaire ,épaisseur centrale 273 μ

Conclusion :

Hématome maculaire oeil droit

Dr. DJEBLI EL AYDOUNI KARIM
OPHTALMOLOGISTE
7, Rue Ben Dahan Casablanca
Tél: 05 22 49 95

7 , زنقة بن دحان - الدار البيضاء - الهاتف 0522.27.49.95

7, Rue Ben Dahan - Casablanca - Tél : 0522.27.49.95

Thickness Map Single Exam Report
SPECTRALIS® Tracking Laser Tomography

**HEIDELBERG
ENGINEERING**

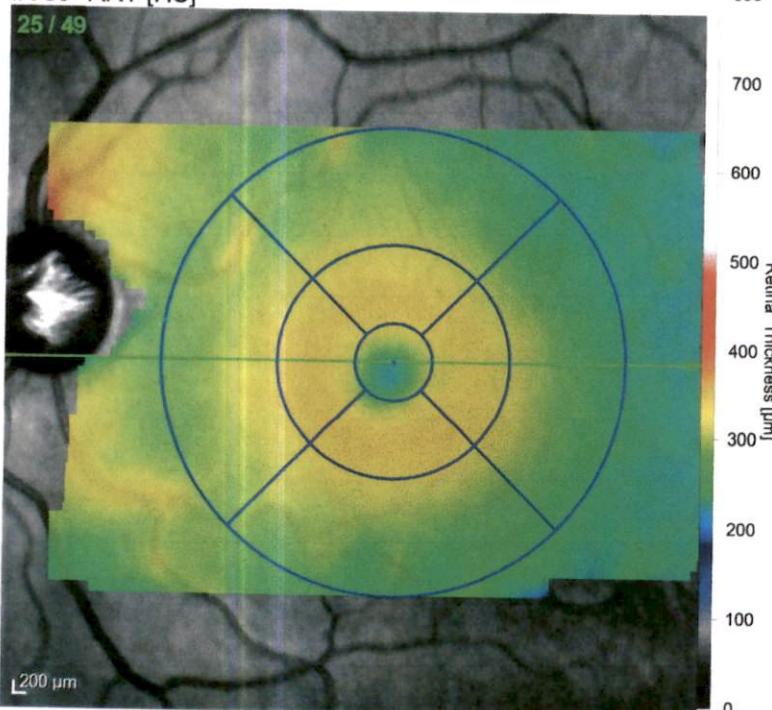
Patient: JANAH, ABDERRAHIM
Patient ID: ---

DOB: 01/janv./1949
Exam.: 18/janv./2024

Sex: M

OS

IR 30° ART [HS]



Average Thickness [µm]

Vol [mm³]

8.25

278
1.47

327
0.51

297
1.57

333
0.52

273
0.21

325
0.51

332
0.52

283
1.50

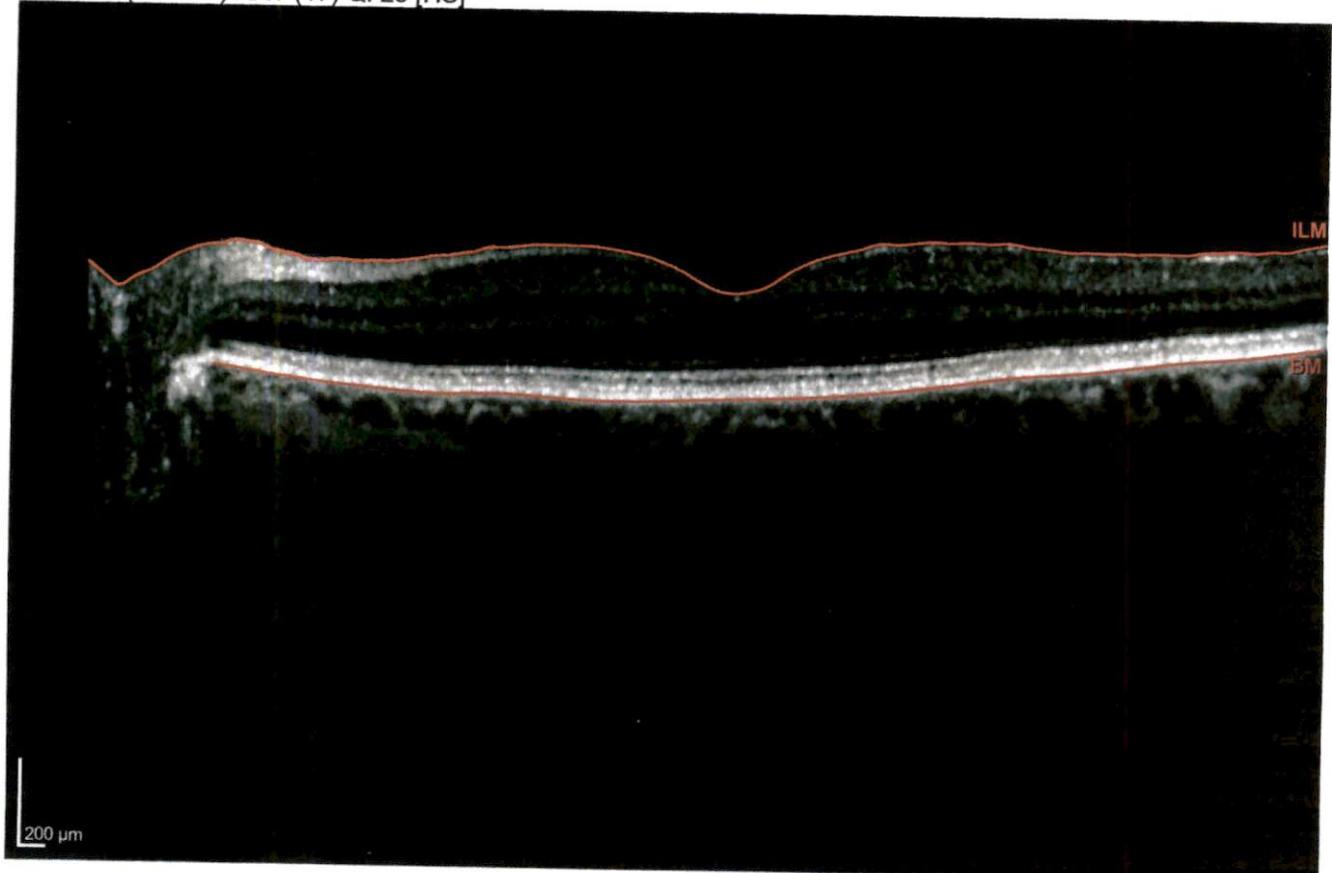
Center: 235 µm

Central Min: 221 µm

Central Max: 326 µm

Circle Diameters: 1, 3, 6 mm ETDRS

OCT 30° (9.0 mm) ART (17) Q: 28 [HS]



Overview Report
SPECTRALIS® Tracking Laser Tomography

**HEIDELBERG
ENGINEERING**

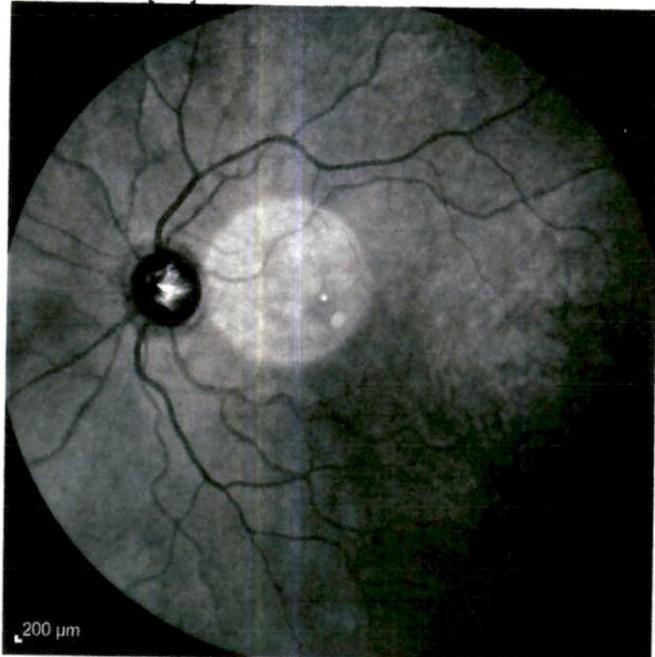
Patient: JANAH, ABDERRAHIM
Patient ID: ---

DOB: 01/janv./1949
Exam.: 18/janv./2024

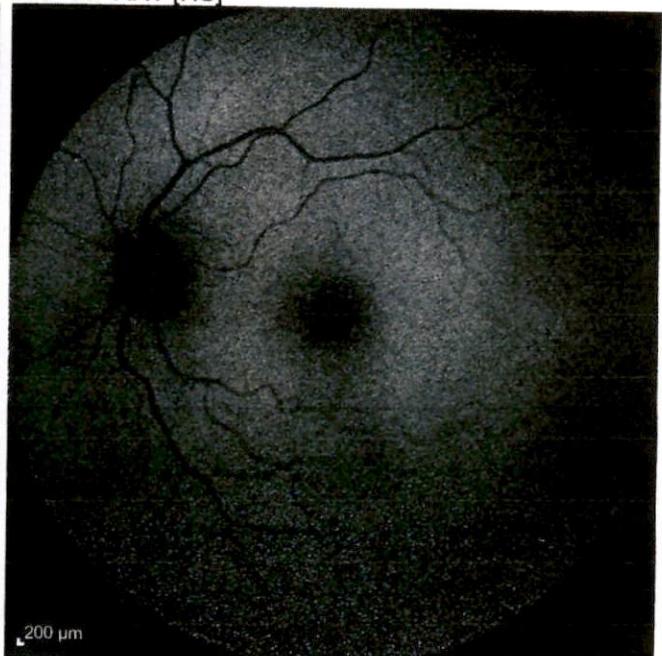
Sex: M

OS

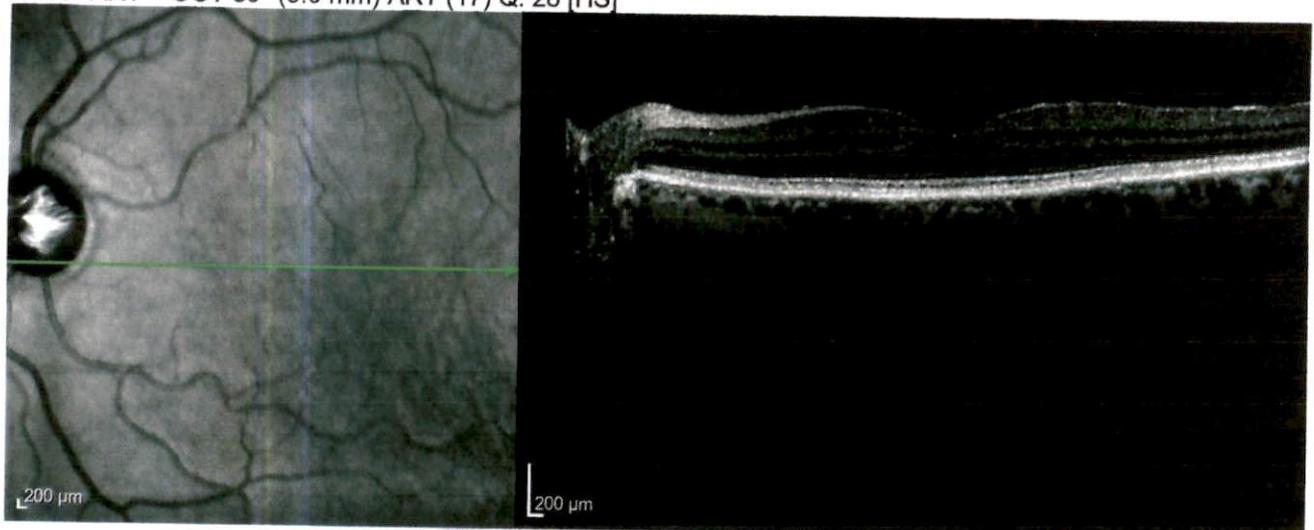
IR 55° ART [HS]



BAF 55° ART [HS]



IR 30° ART + OCT 30° (9.0 mm) ART (17) Q: 28 [HS]

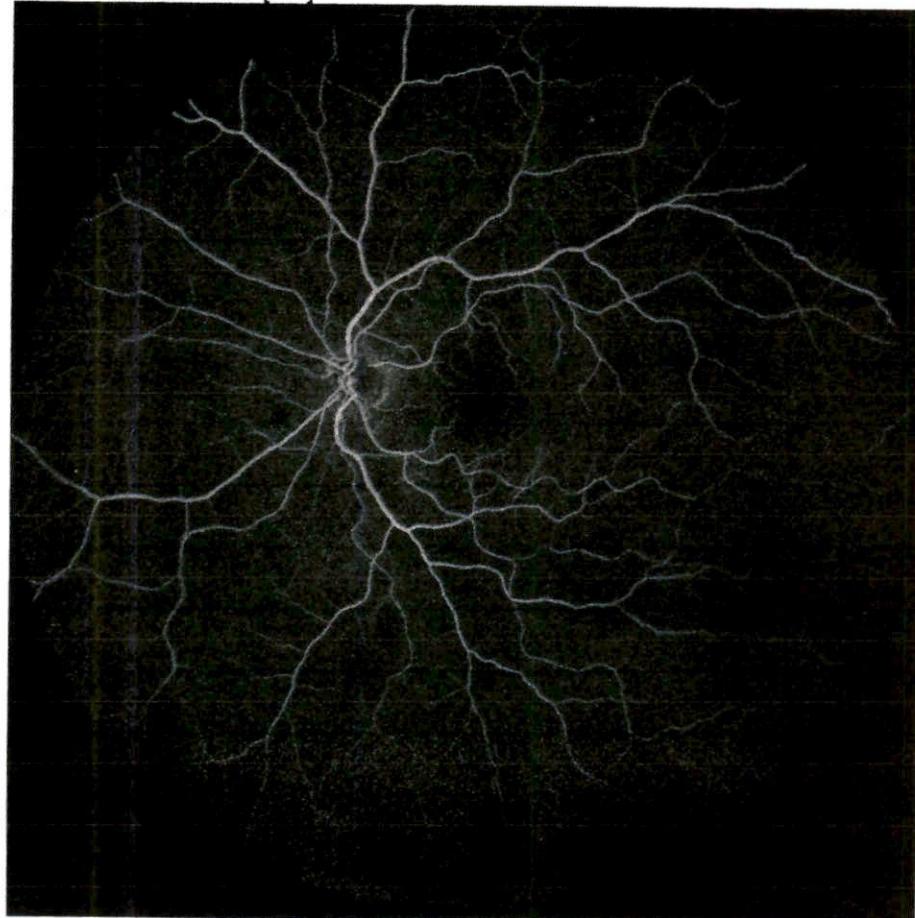


Overview Report

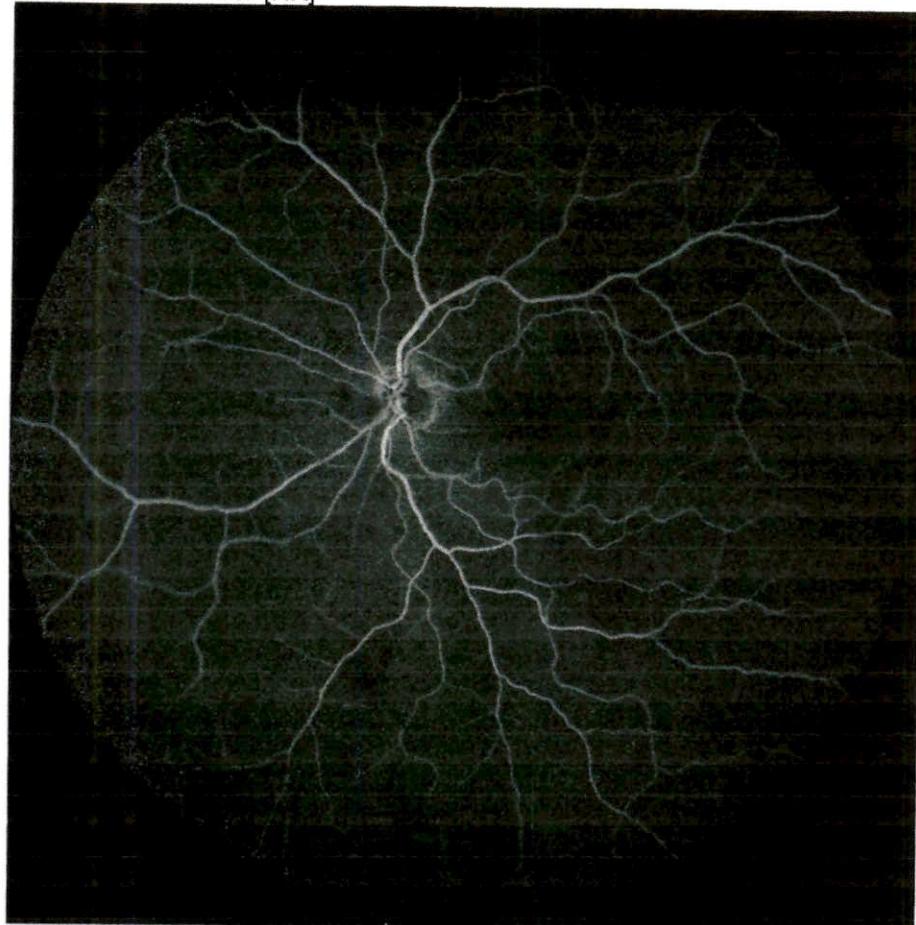
SPECTRALIS® Tracking Laser Tomography

**HEIDELBERG
ENGINEERING****Patient:** JANAH, ABDERRAHIM
Patient ID: ---**DOB:** 01/janv./1949
Exam.: 18/janv./2024**Sex:** M**OS**

FA 1:50.51 102° ART [HR]



FA 3:43.40 102° ART [HR]



Overview Report
SPECTRALIS® Tracking Laser Tomography

**HEIDELBERG
ENGINEERING**

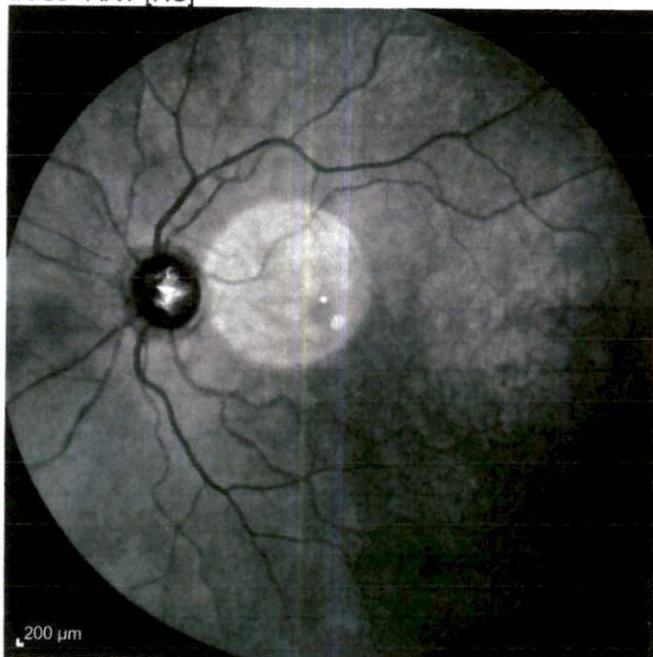
Patient: JANAH, ABDERRAHIM
Patient ID: ---

DOB: 01/janv./1949
Exam.: 18/janv./2024

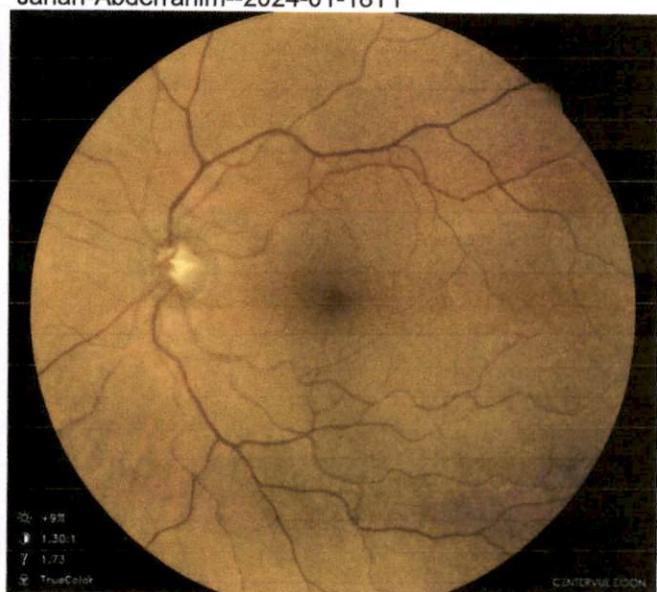
Sex: M

OS

IR 55° ART [HS]



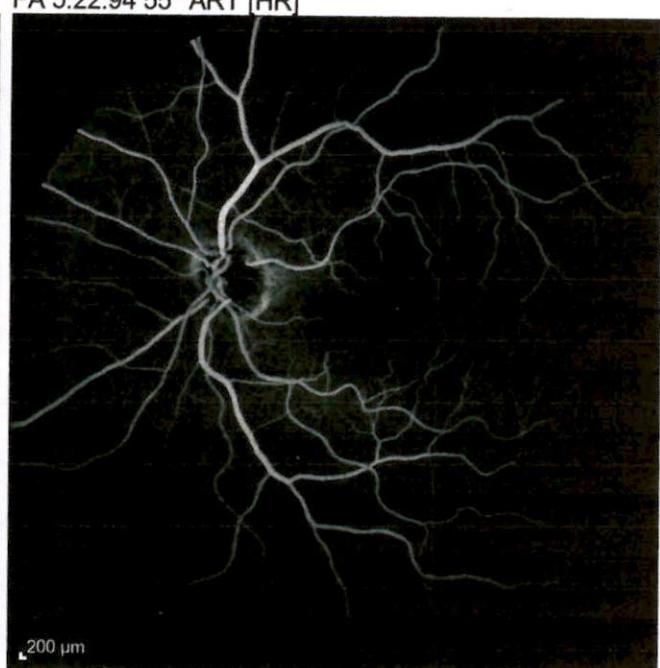
Janah-Abderrahim--2024-01-18T1



FA 0:53.00 55° ART [HR]



FA 5:22.94 55° ART [HR]



Thickness Map Single Exam Report
SPECTRALIS® Tracking Laser Tomography

**HEIDELBERG
ENGINEERING**

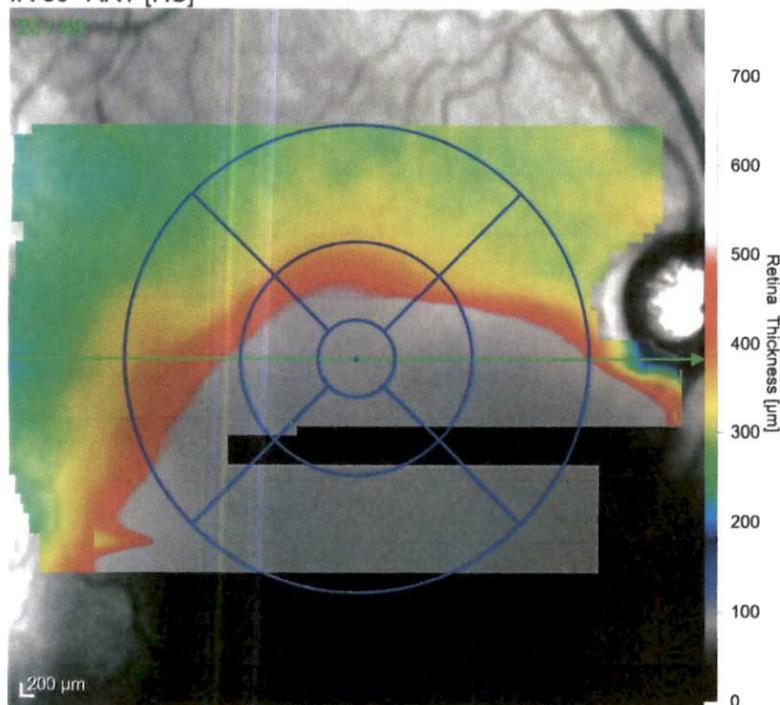
Patient: JANAH, ABDERRAHIM
Patient ID: ---

DOB: 01/janv./1949
Exam.: 18/janv./2024

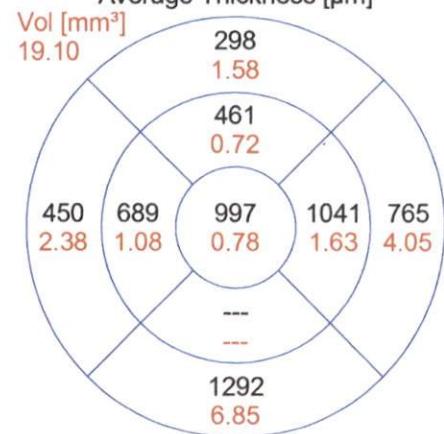
Sex: M

OD

IR 30° ART [HS]

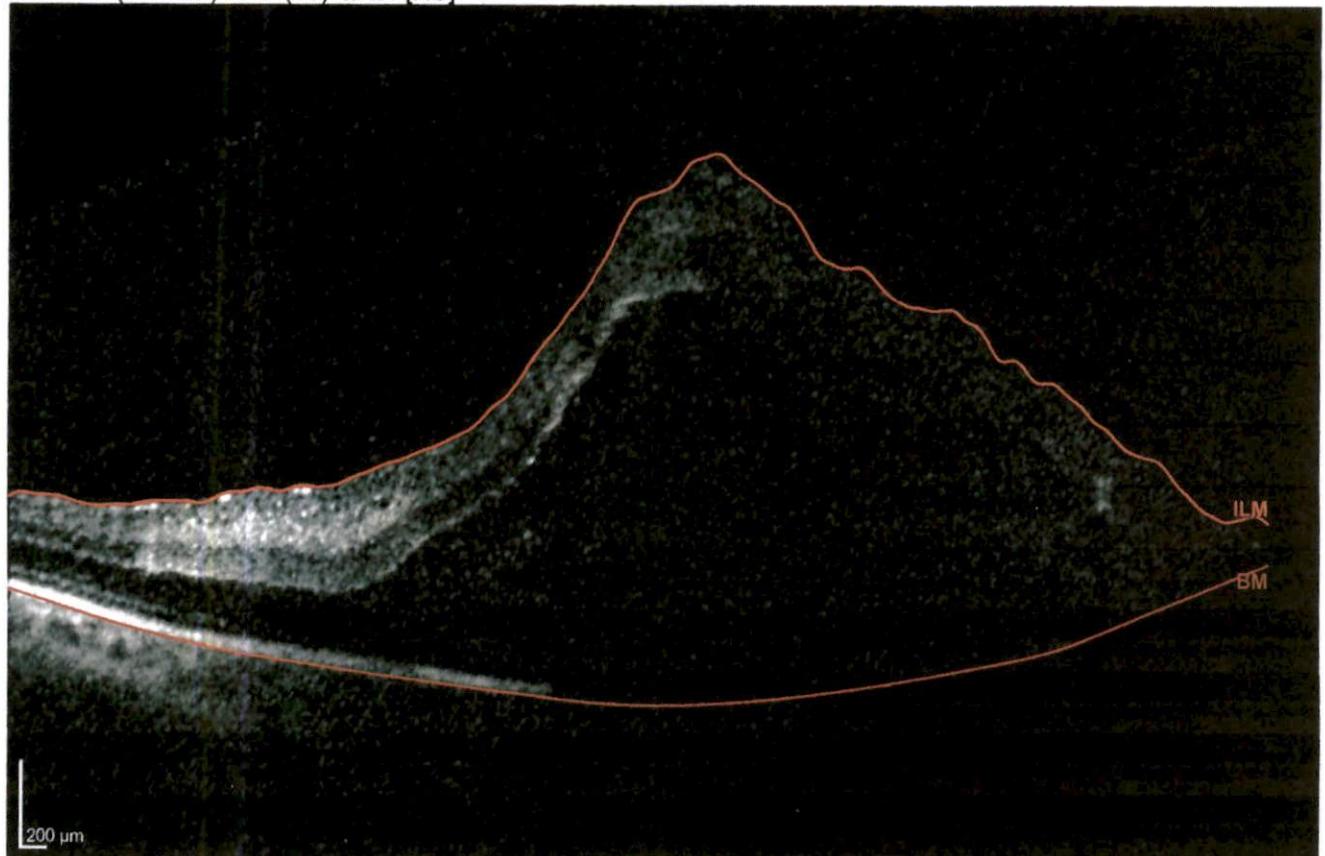


Average Thickness [μm]



Center: 1146 μm
Central Min: 546 μm
Central Max: 1326 μm
Circle Diameters: 1, 3, 6 mm ETDRS

OCT 30° (9.0 mm) ART (13) Q: 21 [HS]



Overview Report

SPECTRALIS® Tracking Laser Tomography

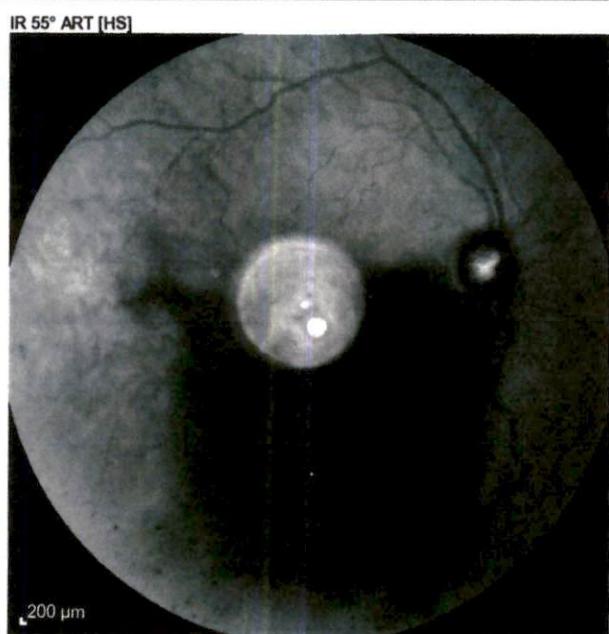
HEIDELBERG
ENGINEERING

Patient: JANAH, ABDERRAHIM
Patient ID: ---

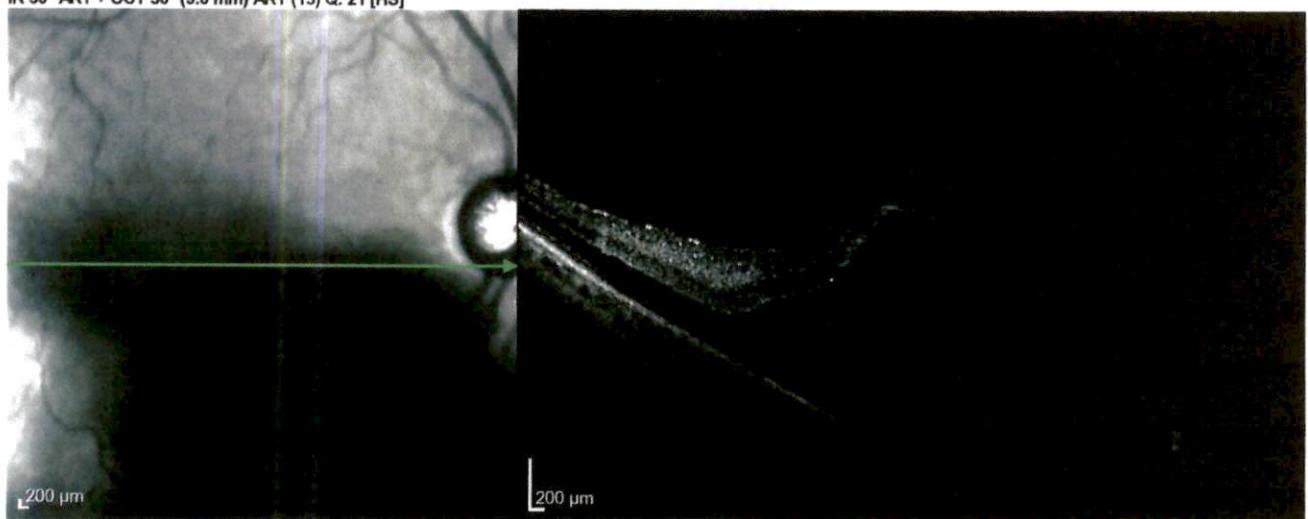
DOB: 01/janv./1949
Exam.: 18/janv./2024

Sex: M

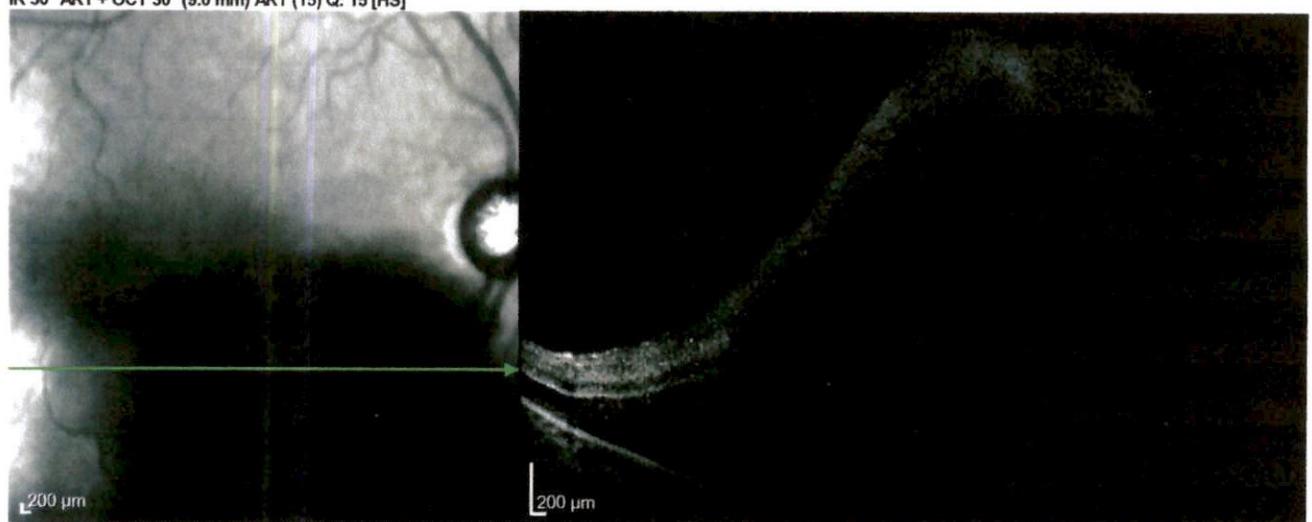
OD



IR 30° ART + OCT 30° (9.0 mm) ART (13) Q: 21 [HS]



IR 30° ART + OCT 30° (9.0 mm) ART (15) Q: 15 [HS]



Overview Report

SPECTRALIS® Tracking Laser Tomography

**HEIDELBERG
ENGINEERING**

Patient: JANAH, ABDERRAHIM

DOB: 01/janv./1949

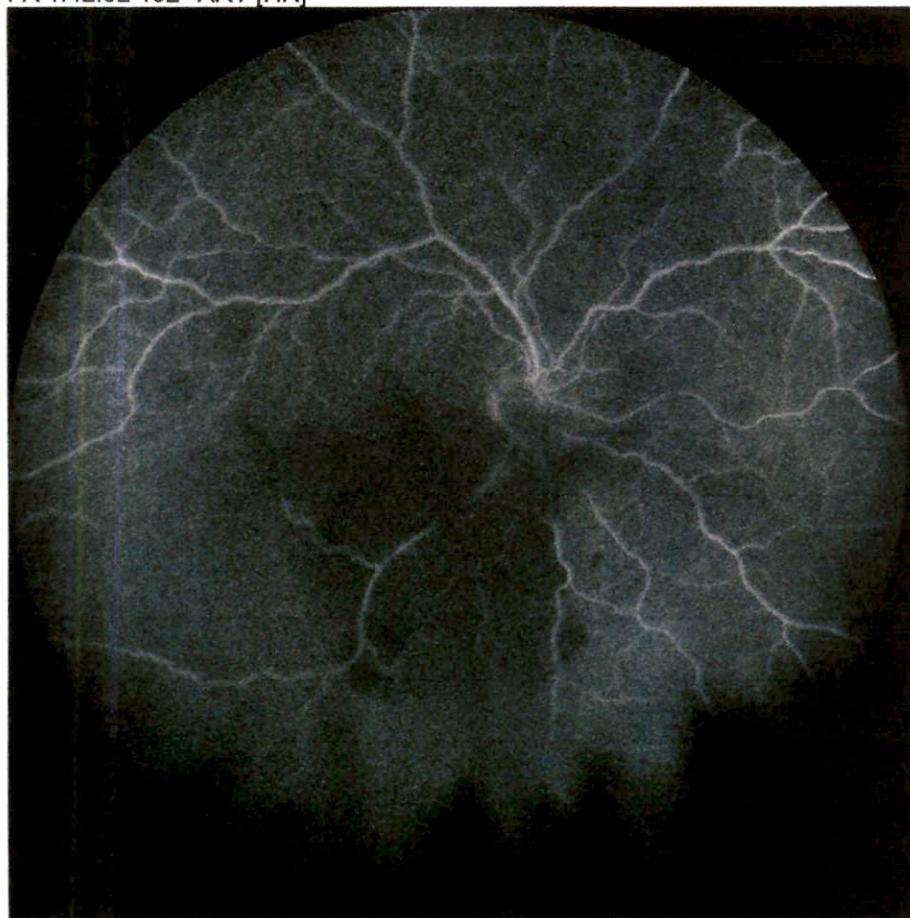
Sex: M

Patient ID: ---

Exam.: 18/janv./2024

OD

FA 1:42.02 102° ART [HR]



FA 3:26.85 102° ART [HR]



Overview Report

SPECTRALIS® Tracking Laser Tomography

Patient: JANAH, ABDERRAHIM
Patient ID: ---

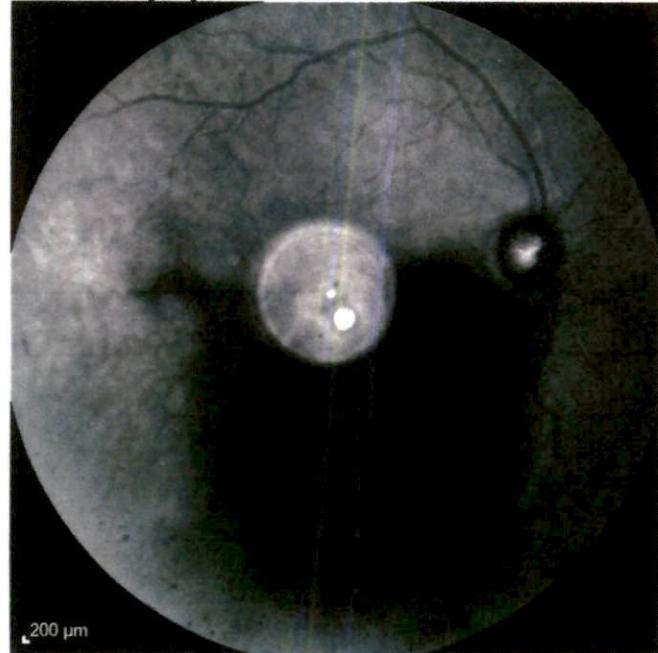
DOB: 01/janv./1949
Exam.: 18/janv./2024

HEIDELBERG
ENGINEERING

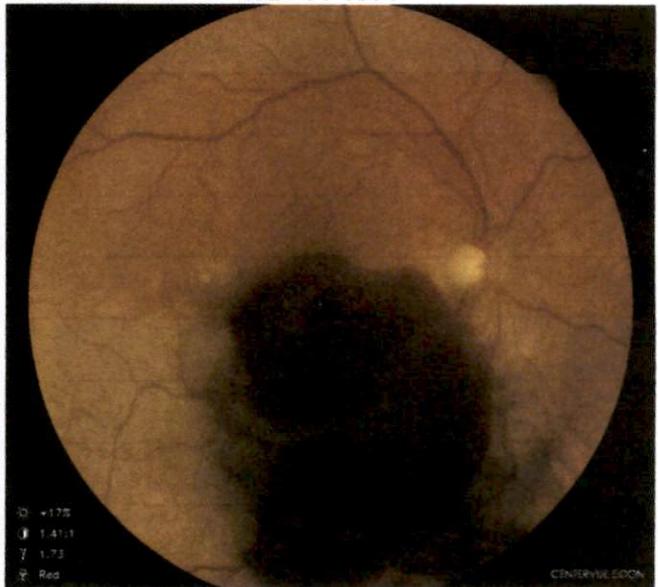
Sex: M

OD

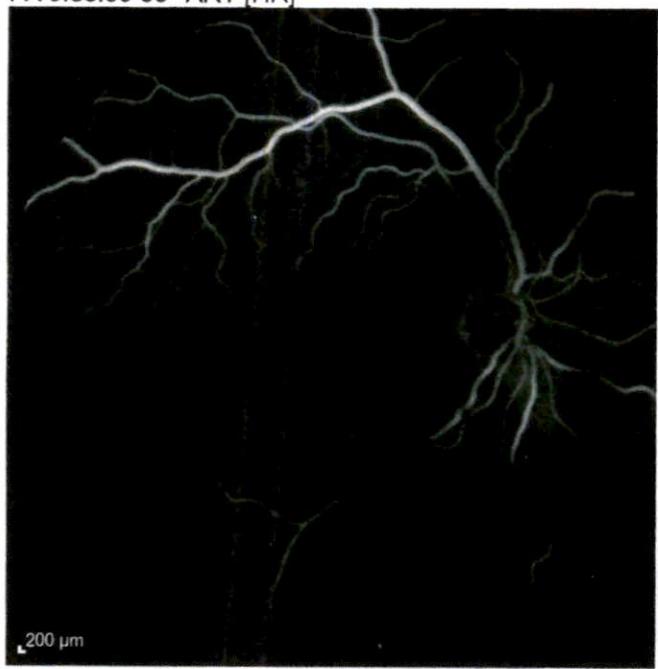
IR 55° ART [HS]



Janah-Abderrahim--2024-01-18T1



FA 0:35.60 55° ART [HR]



FA 5:15.30 55° ART [HR]

