

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

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



192199

Déclaration de Maladie

M23- N° 0035219

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ 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) :

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

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

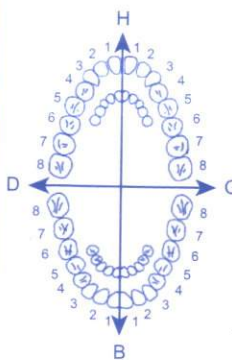
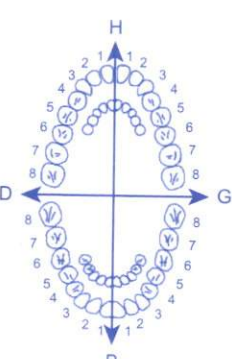
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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	
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div><div>H</div><div><div>2553341221433552</div><div>0000000000000000</div><div>D</div><div>G</div><div>0000000000000000</div><div>3553341111433553</div><div>B</div></div></div>			CCEFFICIENT DES TRAVAUX
	<div><div>[Création, remont, adjonction]</div><div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div></div>			
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des travaux															
				Montant des soins															
				Début d'exécution															
				Fin d'exécution															
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux															
	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="text-align: right; margin-right: 10px;">D</div> <table border="1" style="border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50px;"></th><th style="width: 50px; text-align: center;">H</th><th style="width: 50px;"></th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td><td></td><td>21433552</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td></td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td></td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>35533411</td><td></td><td>11433553</td></tr> </tbody> </table> <div style="text-align: left; margin-left: 10px;">G</div> </div>		H		25533412		21433552	00000000		00000000	00000000		00000000	35533411		11433553			Montant des soins
	H																		
25533412		21433552																	
00000000		00000000																	
00000000		00000000																	
35533411		11433553																	
	(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis															
				Fin de l'exécution															

VOLET ADHERENT		NOM : JANAHA ABDERRAHIM		Mle : 1481
DECLARATION N°	W15-022292	 MUPRAS <small>Mutuelle de Prévoyance et d'Assurances Sociales de l'Etat du Maroc</small>		
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes		
25/01/24	1.958 DH	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

25.10.2024

A REMPLIR PAR L'ADHERENT				Mle : 1481	
Nom & Prénom : JANAH ABDERRAHIM					
Fonction : RETRAITE			Phones : 0661420884		
eMail : b.drhahm.janah@gmail.com					
MEDECIN		Prénom du patient : ABDERRAHIM JANAH			
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>		Age :		Date : 12/1/2024	
Nature de la maladie		Date 1ère visite :			
Affection Oculaire					
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances					
Nature des actes		Nbre de Coefficient		Montant détaillé des honoraires	
CS + FO U3m				4000	
PHARMACIE		Date : 12/01/2024			
Montant de la facture					
58.00					
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date : 12/1/24			
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires			
- U8a		700			
U8p		800			
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date :			
Nombre				Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV		

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 وجراحة العيون

Casablanca, le : في الدار البيضاء.

CASABLANCA, 18/01/2024

HONORAIRES : **Mr JANAH ABDERRAHIM**

Acte : Angiographie numérisée & OCT : K80 .

Montant : 800 DHS (huit CENT DIRHAMS) .

Dr. DJEBLI EL AYDOUNI Karim
OPHTALMOLOGISTE
7, Rue Ben Dahan Casablanca
Tél: 05 22 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 وجراحة الشبكية

داخلي سابقا 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 : الفاكس - 05.22.22.62.22/05.22.22.40.22 : الهاتف - 54، شارع الراشدي الدار البيضاء -

ICE 001709416000017

Dr. Djebli El Aydouni Moulay Karim

OPHTALMOLOGISTE

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** في الدار البيضاء،

Mr. JANAH ABDERRAHIM

ANGIOGRAPHIE OCT

Docteur Mohamed PENNANT
Ophtalmologiste
54, Ed. Rachidi - Casablanca
Tél. 0522 22 40 22 / 0522 22 62 22

Dr. DJEBLI EL AYDOUNI Karim
OPHTALMOLOGISTE
7, Rue Bandahan - Casablanca
Tél. 0522 27 49 95

7, زنفة 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 Médecine
de Marseille

الدكتور الجبلي العيدوني مولاي كريم

أمراض العيون

خريج كلية الطب بمرسيليا

أمراض و جراحة العيون

Casablanca, le 12 janvier 2024 في الدار البيضاء،

Mr JANAH ABDERRAHIM

INDOCOLLYRE

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

5800

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

Dr. DJEBLI EL AYDOUNI Karim
OPHTALMOLOGISTE
7, Rue Ben Dahan - Casablanca
Tél: 05 22 27 49 95

INDOCOLLYRE 0,1%
Collyre 5ml
ZENITH PHARMA
AMM N°155/19/DMP/21/NRODNI
LOT: /
FAB/ تاريخ الإنتاج
EXP/ تاريخ الانتهاء
رقم اللعبة
L2999
03 - 2023
08 - 2024
PPV : 58,00 DHS
6118001270088

INDOCOLLYRE 0,1%
collyre en solution

7, زنفة 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 Médecine de Marseille

Casablanca, le jeudi 18 janvier 2024

ANGIOGRAPHIE OCT DU 18/01/2024

Mr JANAH ABDERRAHIM

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 27 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: JANAHA, ABDERRAHIM
Patient ID: ---

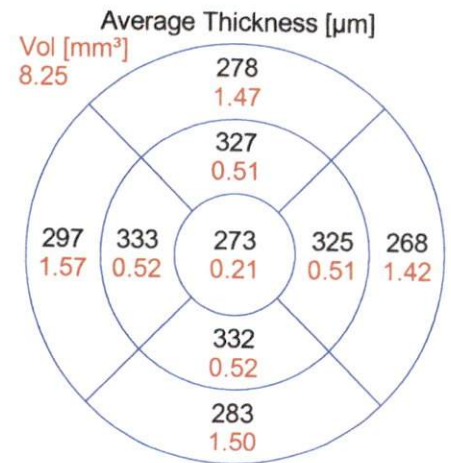
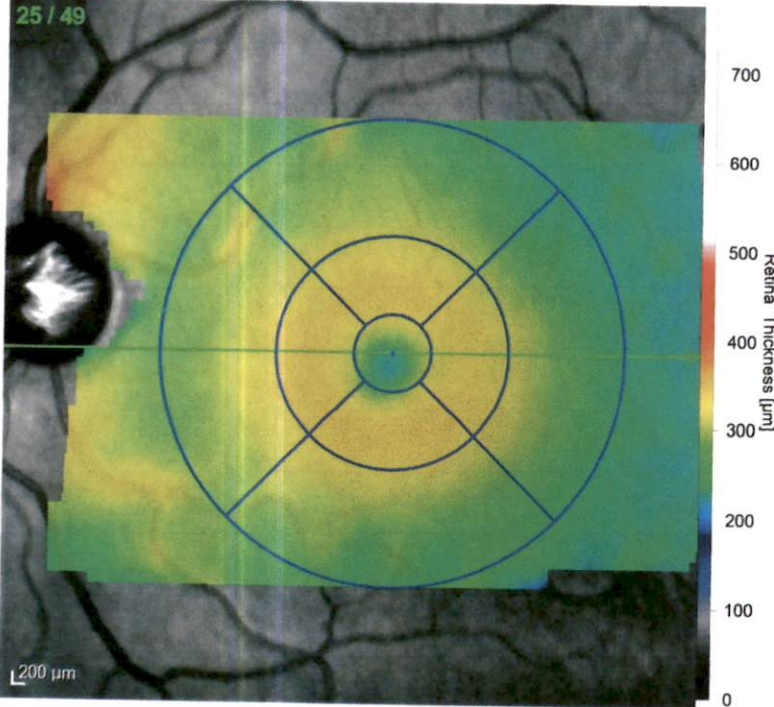
DOB: 01/janv./1949
Exam.: 18/janv./2024

Sex: M

OS

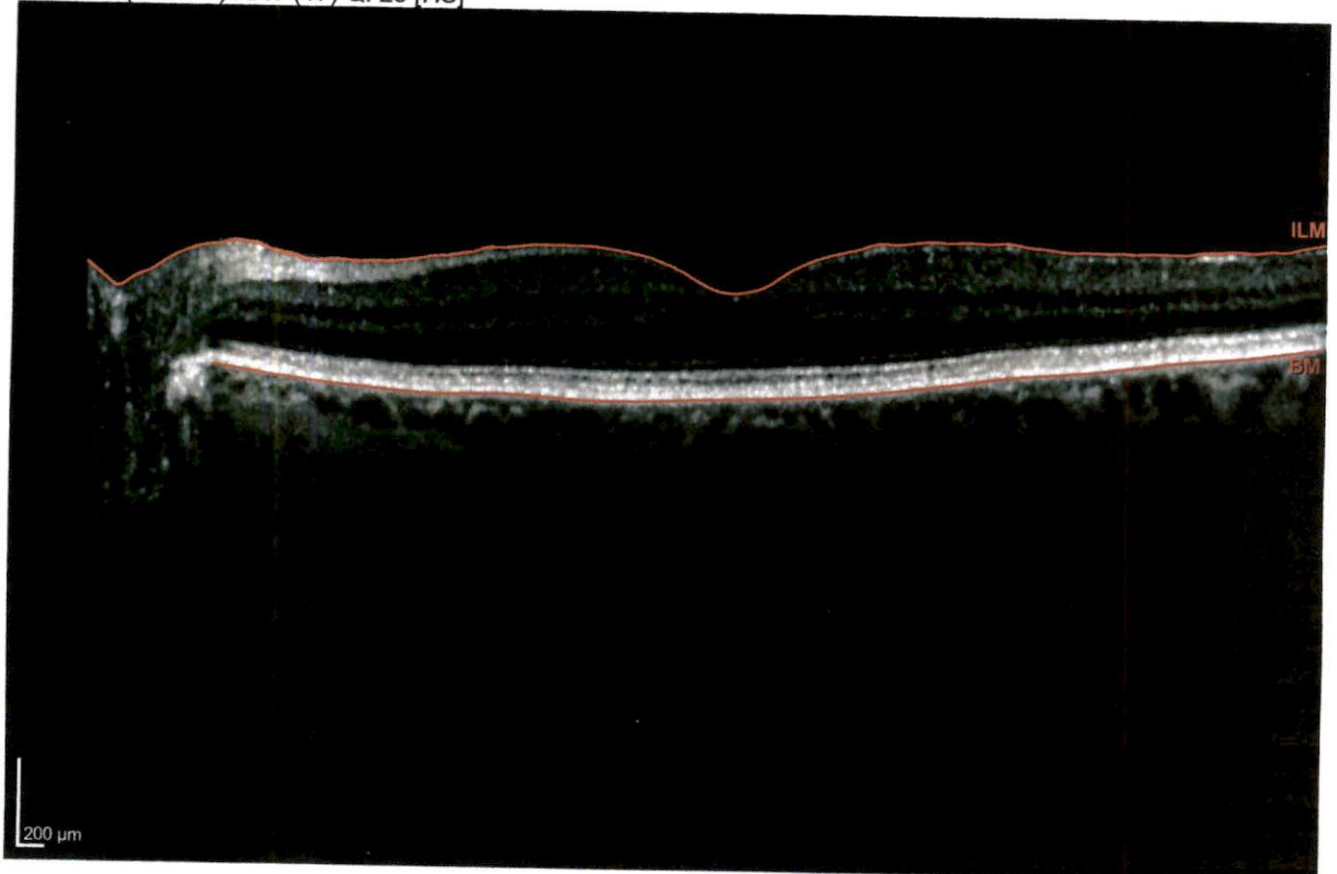
IR 30° ART [HS]

25 / 49



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**

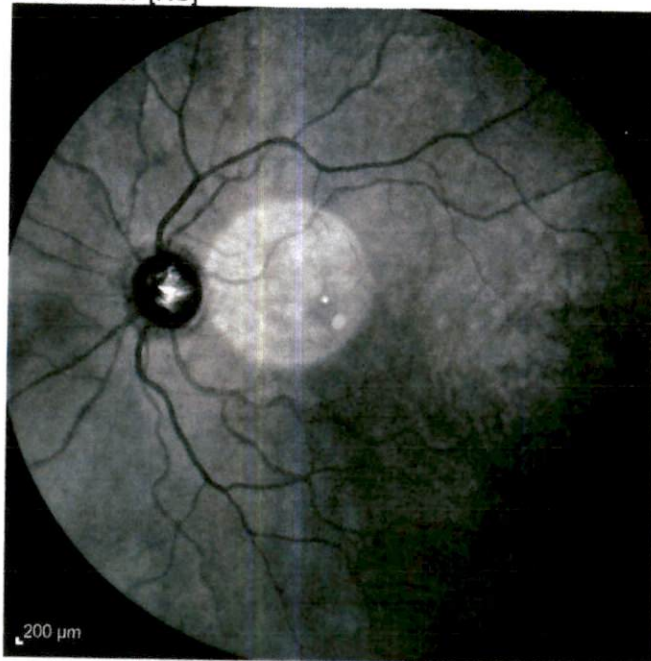
Patient: JANAHA, ABDERRAHIM
Patient ID: ---

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

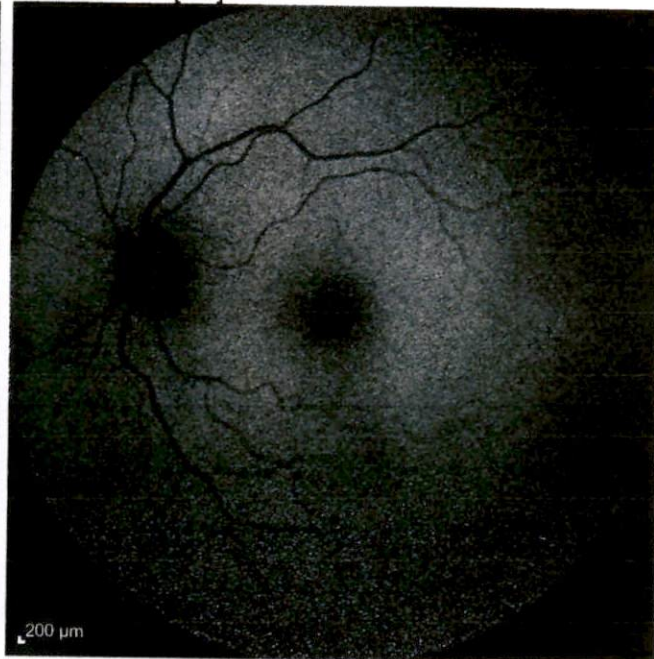
Sex: M

OS

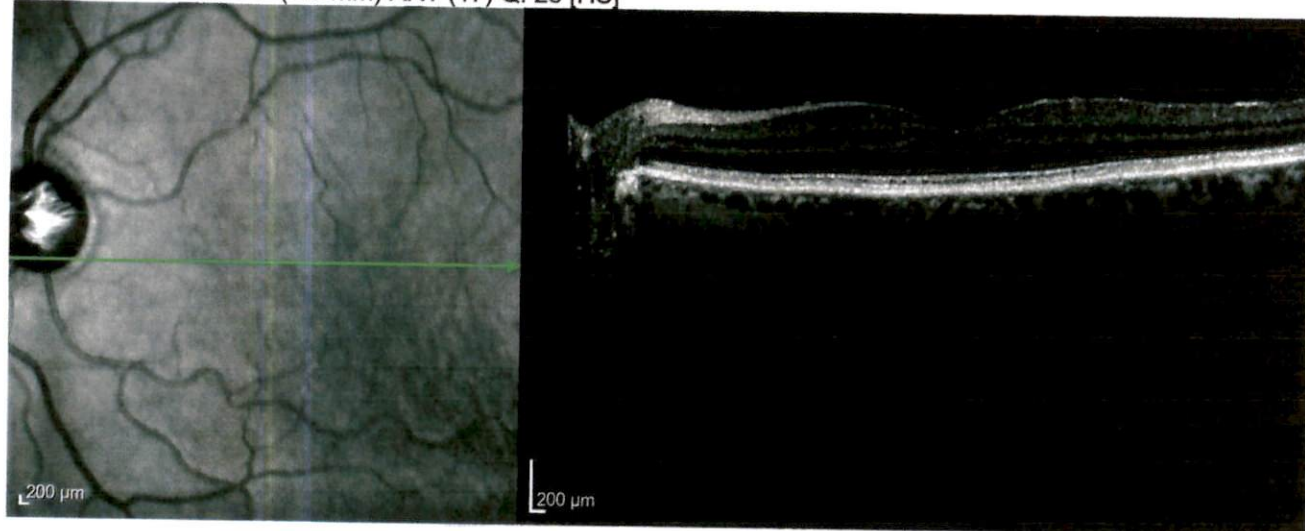
IR 55° ART [HS]



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**

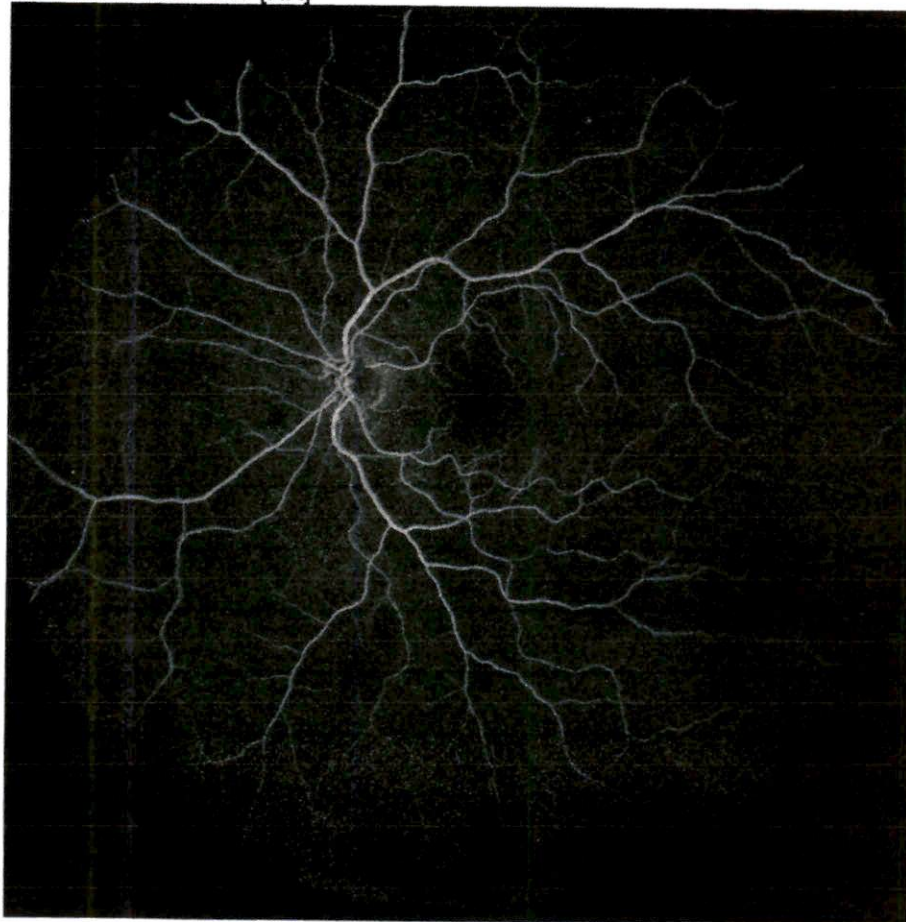
Patient: JANAHA, ABDERRAHIM
Patient ID: ---

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

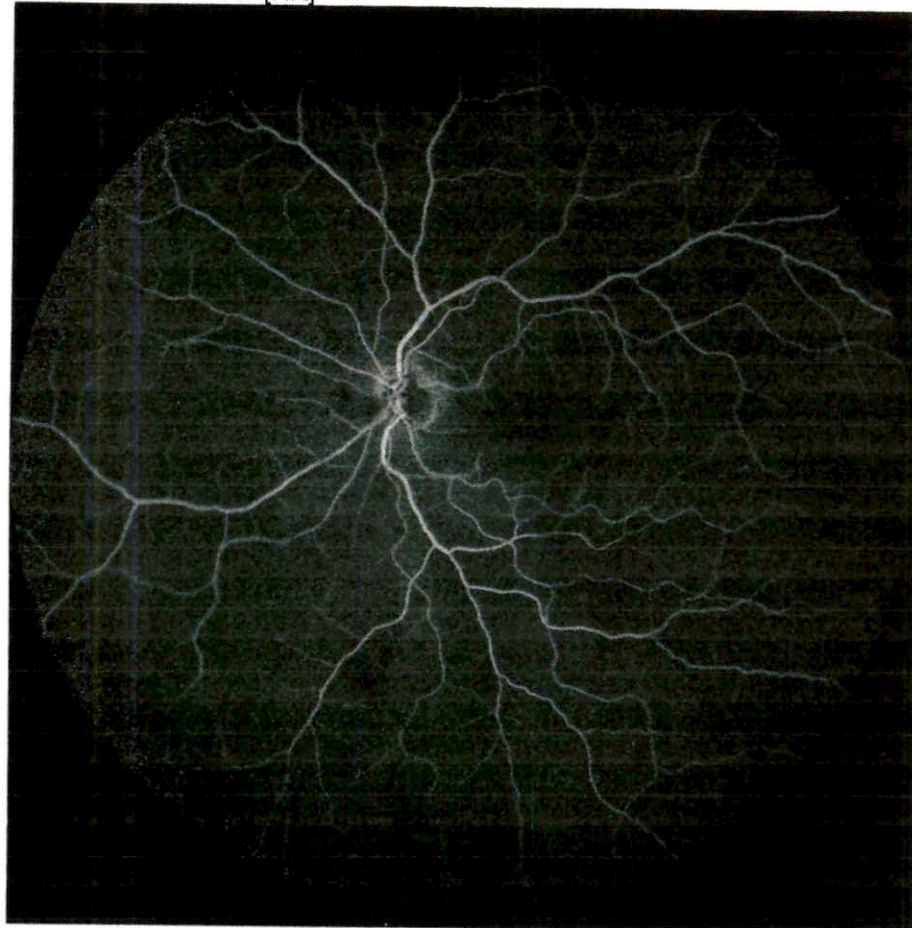
Sex: M

OS

FA 1:50.51 102° ART [HR]



FA 3:43.40 102° ART [HR]



Overview Report
SPECTRALIS® Tracking Laser Tomography

**HEIDELBERG
ENGINEERING**

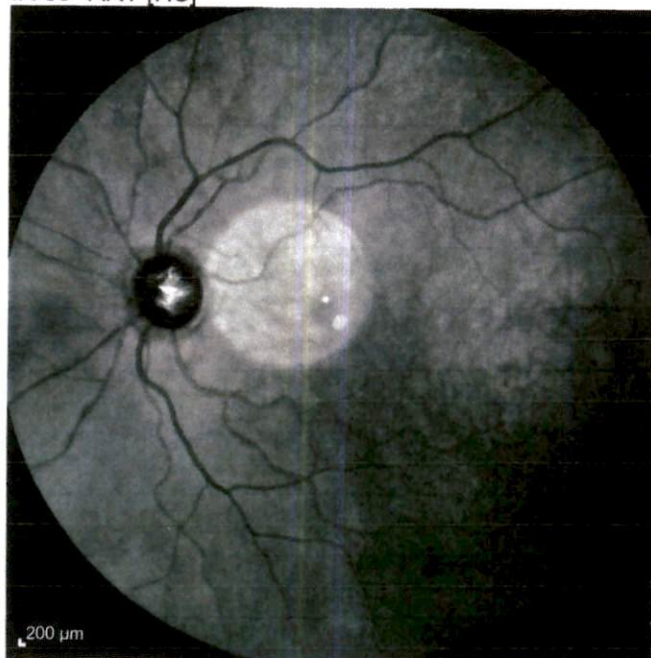
Patient: JANAHA, ABDERRAHIM
Patient ID: ---

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

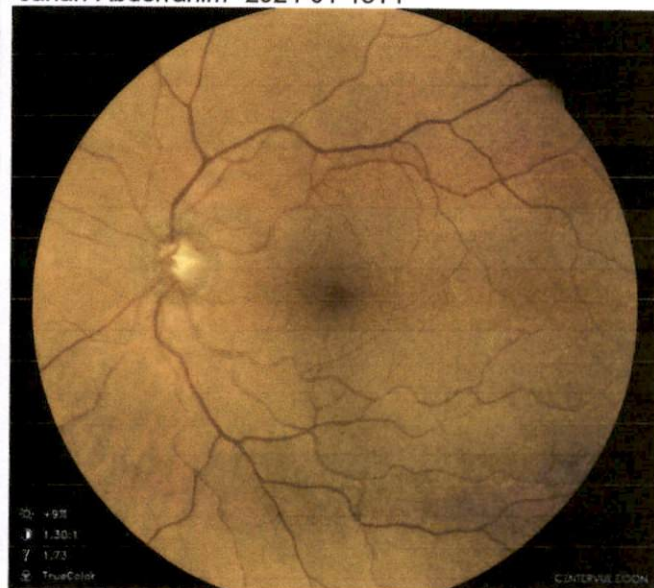
Sex: M

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**

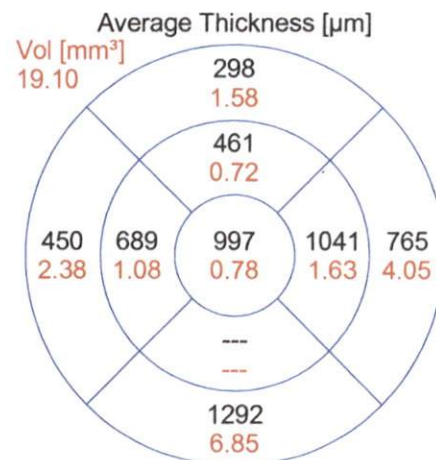
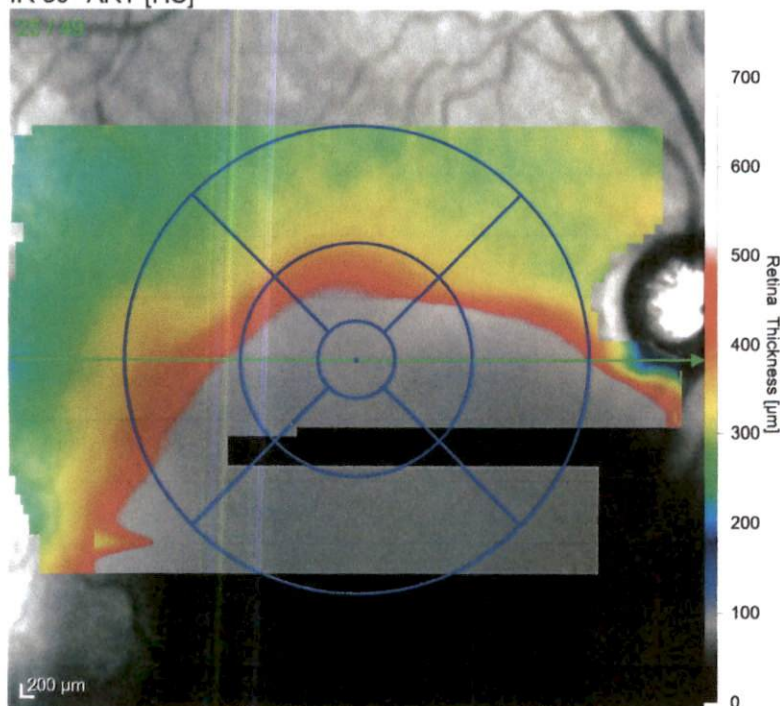
Patient: JANAHA, ABDERRAHIM
Patient ID: ---

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

Sex: M

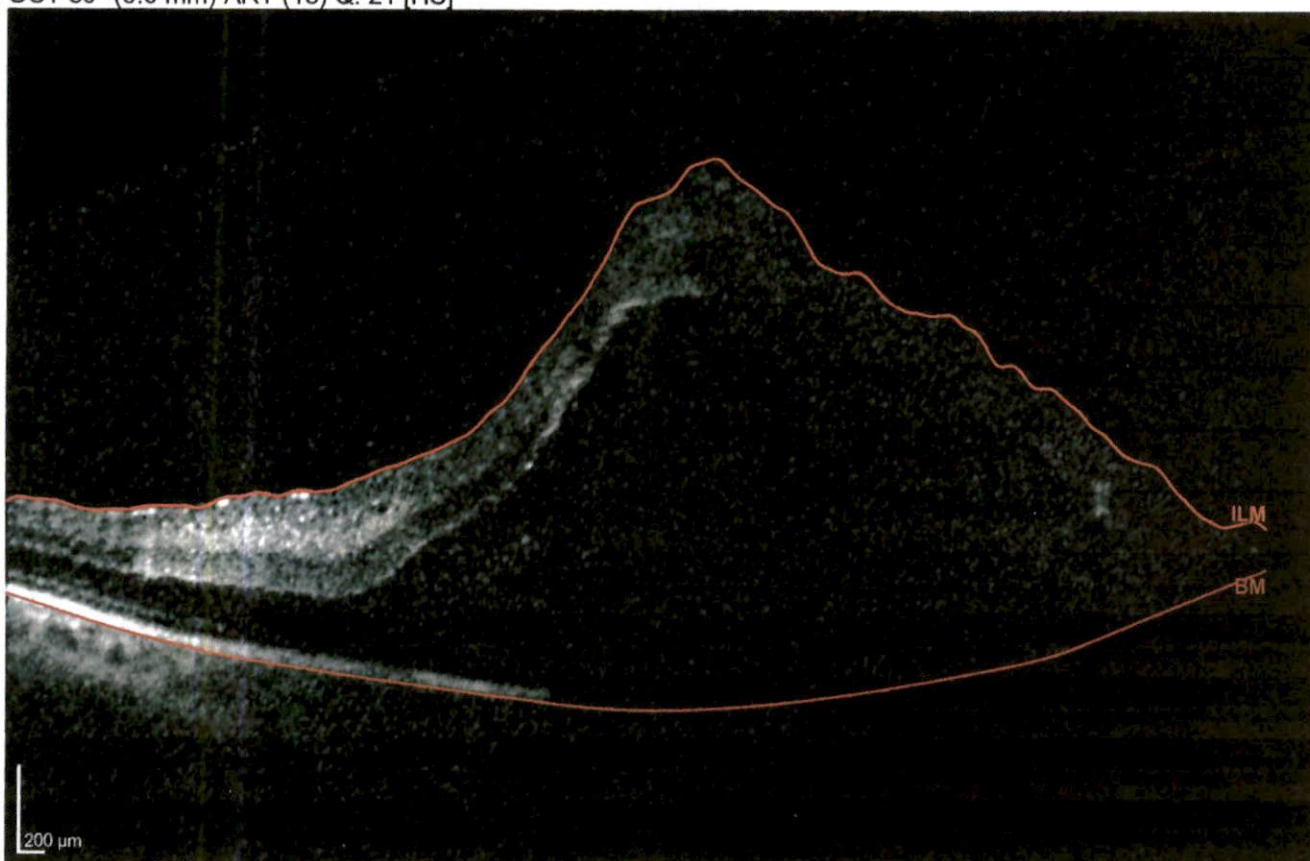
OD

IR 30° ART [HS]



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**

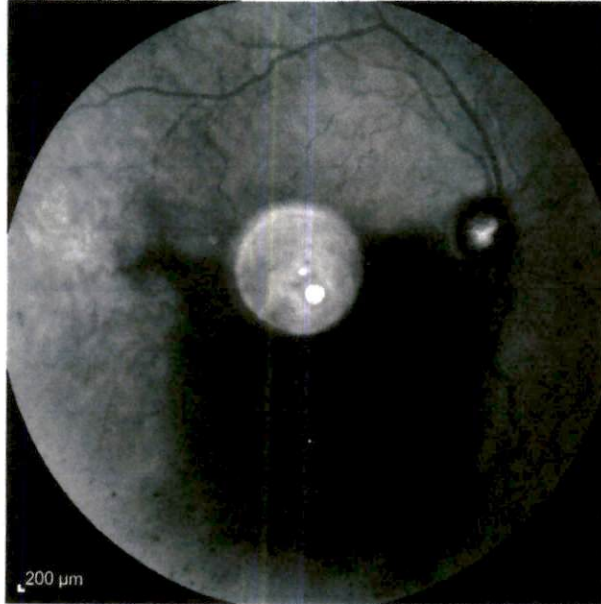
Patient: JANAHA, ABDERRAHIM
Patient ID: ---

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

Sex: M

OD

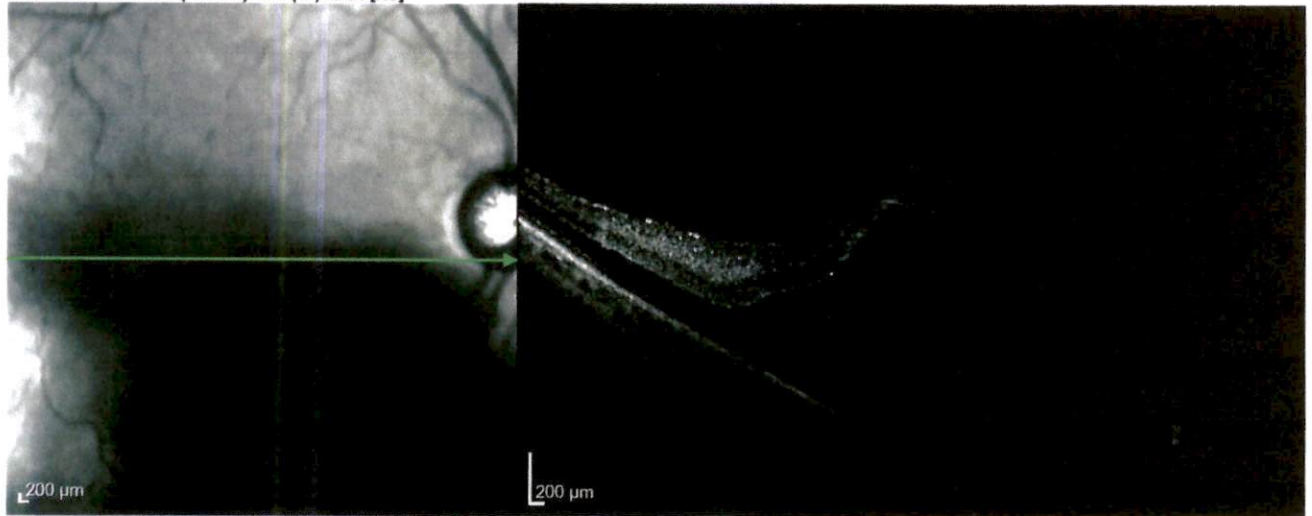
IR 55° ART [HS]



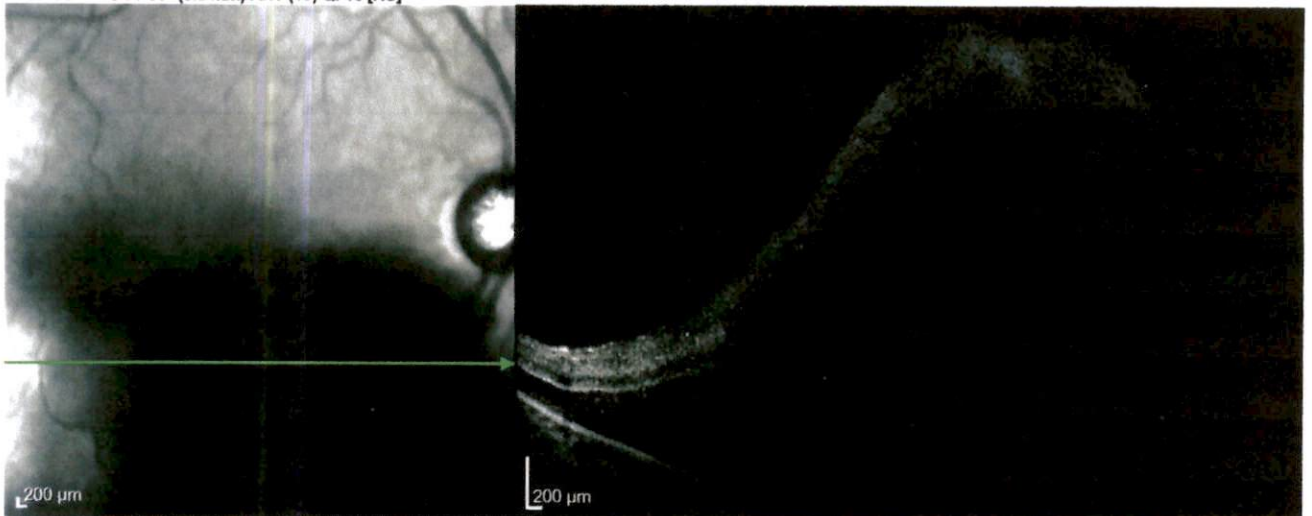
BAF 55° ART [HS]



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**

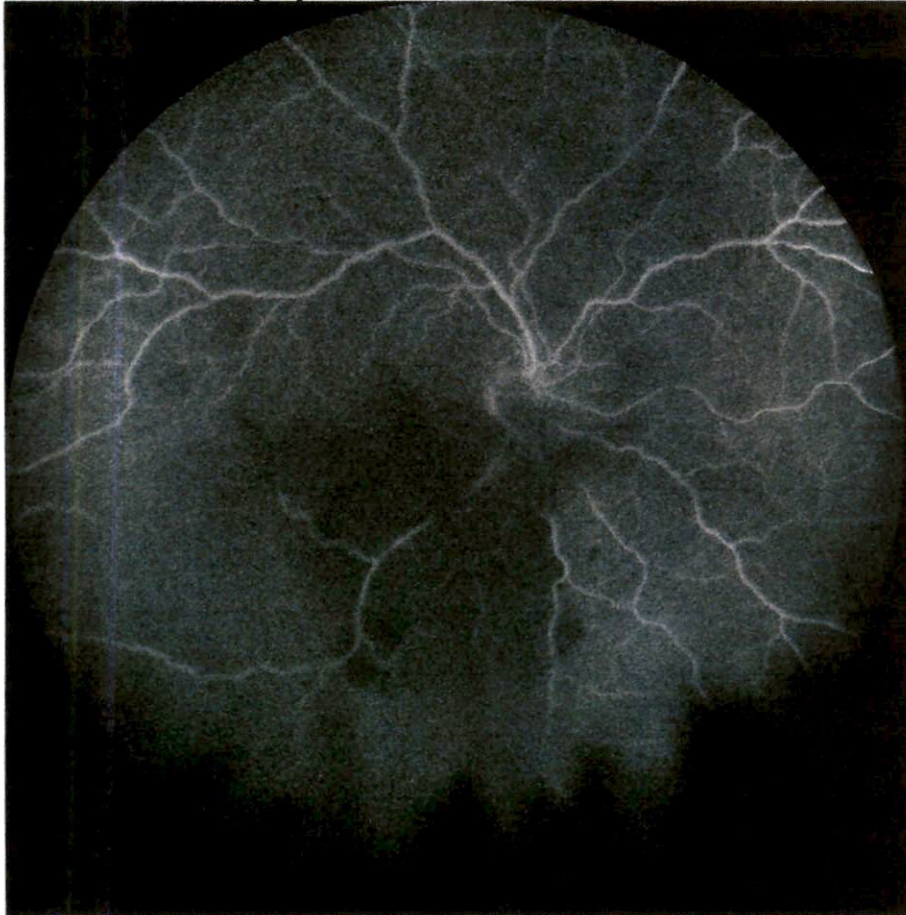
Patient: JANAHA, ABDERRAHIM
Patient ID: ---

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

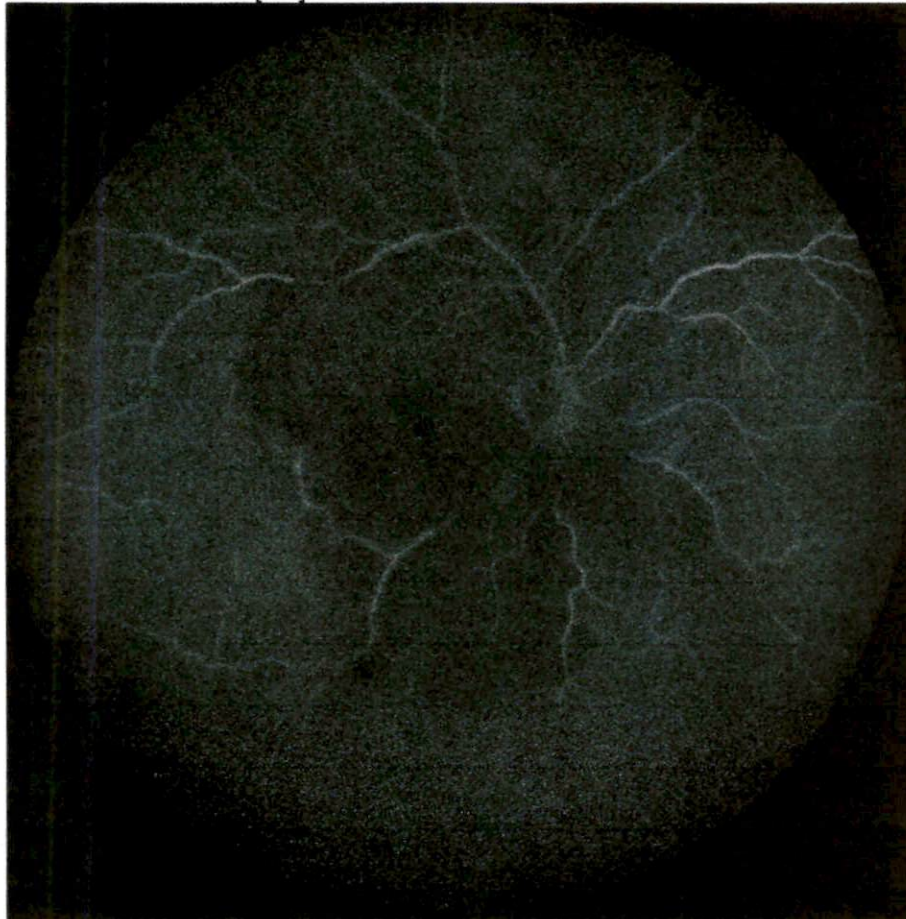
Sex: M

OD

FA 1:42.02 102° ART [HR]



FA 3:26.85 102° ART [HR]



Overview Report
SPECTRALIS® Tracking Laser Tomography

**HEIDELBERG
ENGINEERING**

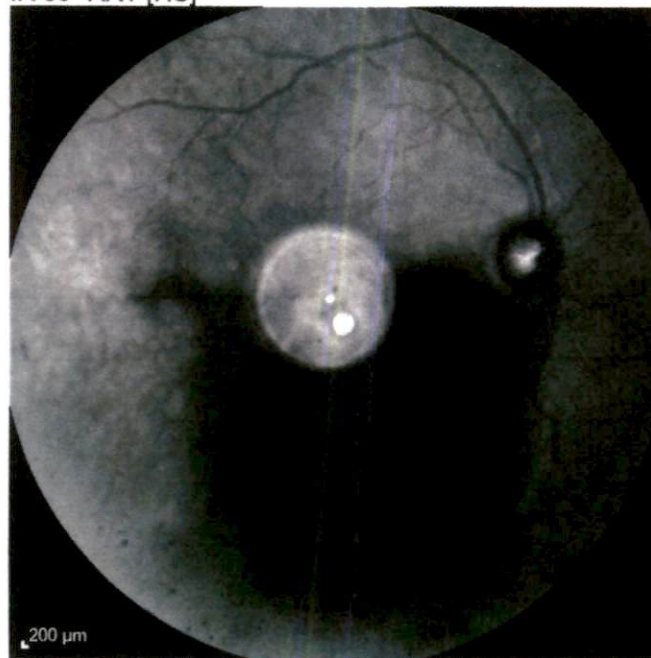
Patient: JANAHA, ABDERRAHIM
Patient ID: ---

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

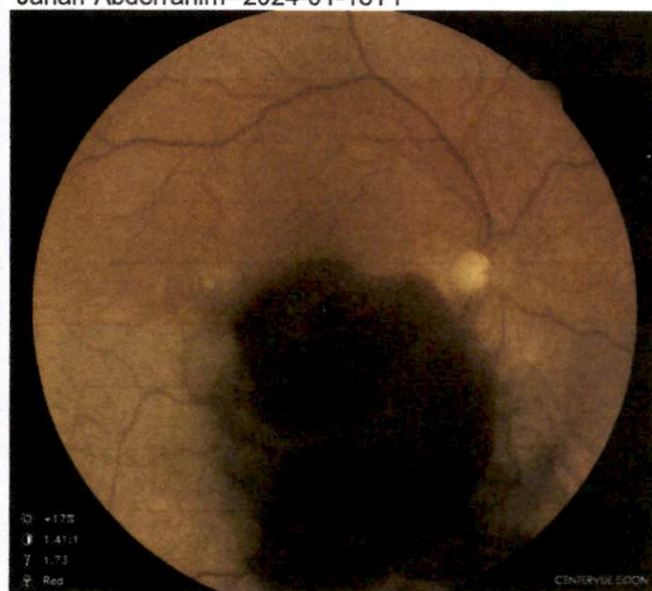
Sex: M

OD

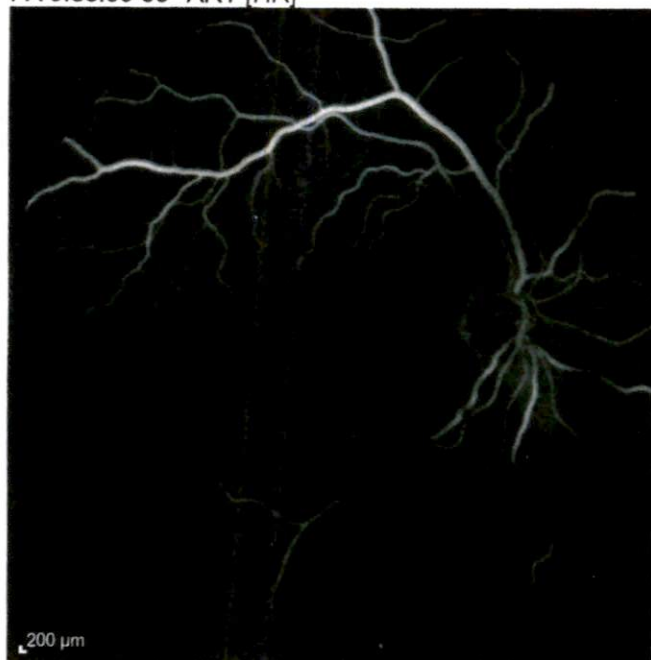
IR 55° ART [HS]



Janah-Abderrahim--2024-01-18T1



FA 0:35.60 55° ART [HR]



FA 5:15.30 55° ART [HR]

