

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- 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



201674

Déclaration de Maladie

M23- N° 0030590

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3238 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : B. DITE NAIMA

Date de naissance : 1950

Adresse : 2, Rue Prospère Meimée RES
ZARA VAL FLEURI

Tél. : 0661425140 Total des frais engagés : 1996 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Professeur Ouafae BENCHEKROUN
Ophtalmologiste
Rés. du Palais Bd Ghandi Casablanca
Tél/Fax : 0522 36 37 08
Urgence : 0662 55 19 36

Date de consultation : 20/03/2024

Nom et prénom du malade : B. DITE NAIMA

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : JACULOPE ALD

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 : CASA Le : 20/03/2024

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

20-3-24 CS + FO 400 DH [Signature]

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

26-3-24 [Signature] 336,00

PHARMACIE EL HILAL
LAABOUDI Selwa
77, Rue AL Bachir Laâlaï
Cité Pleineaux - Casa - INPE: 092024256
Tél: 05 22 36 22 36 - Fax: 05 22 36 22 36

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

26/03/24 OCT FC 500 DH
FR 400 DH

CLINIQUE RADIOMEDICALE
532, Bd Mohammed VI - Casablanca (L.G.)
Tél: 05 22 25 00 77 - Fax: 05 22 25 00 77
INPE: 090066784

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien Date des Soins Nombre Montant détaillé des Honoraires

AM PC IM IV

[Table with 5 columns: AM, PC, IM, IV, Montant détaillé des Honoraires]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

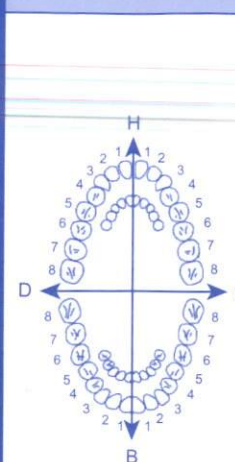
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

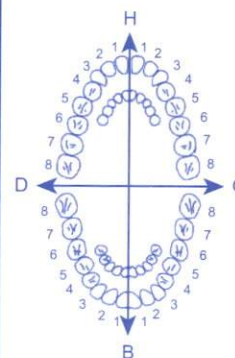
Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Professeur Ouafae BENCHEKROUN

Ex. Enseignante à la faculté de Médecine
de Casablanca

Maladies et Chirurgie des Yeux
Chirurgie vitéro rétinienne
Angiographie - Laser

Adaptation de Lentilles de Contact



الدكتورة وفاء بنشكرون

أستاذة سابقة بالتعليم العالي بكلية
الطب بالدار البيضاء

اختصاصية في طب و جراحة العيون
جراحة الشبكة

تخطيط أوعية الشبكة - الليزر
عدسات الاتصال

Casablanca , le

26-3-24

الدار البيضاء في

Bdite Naima

PHARMACIE EL HILAL
LAABOUDI Selwa
77, Rue AL Bachir Laalaj
Cite Plateaux - Casa - INPE : 092024256
Tel.: 0522 25 96 06 - VCE : 007513230000014

120,-

Navi Blef Nousse



Saff x2 S

98,-

Navilepo wly



Sept x4 S

Azyter wly

Sept x3 S

Cationorm wly

Sept x4 S

178,-

396,-

PHARMACIE EL HILAL
LAABOUDI Selwa
77, Rue AL Bachir Laalaj
Cite Plateaux - Casa - INPE : 092024256
Tel.: 0522 25 96 06 - VCE : 007513230000014

Professeur Ouafae BENCHEKROUN
Ophtalmologiste
Rés. du Palais, Angle Bd. Ghandi et Yacoub El Mansour, Imm D, 3ème étage N°12 - Casablanca
Tel/Fax : 0522 36 37 08
Urgence : 06 62 55 19 36



Résidence du Palais, Angle Bd. Ghandi et Yacoub El Mansour, Imm D, 3ème étage N°12 - Casablanca.

Fax et Tél.: 05 22 36 37 08 - Urgence 06 62 55 19 36

Cationorm®

Multi
Emulsion
Ophtalmique

PPC 178,00 DH



navilef®
RIMAPHARMA
PVC : 120,00 DH
INTENSIVE CARE

RIMAPHARMA
PVC : 98,00 DH

CLINIQUE AL MADINA

MULTIDISCIPLINAIRE

FACTURE

N° : 10484 / 2024 du 26/03/2024

Nom patient **BDITE NAIMA**
PAYANT

Entrée 26/03/2024

Sortie 26/03/2024

OCT

| Désignation des prestations | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire | Montant |
|-----------------------------|--------|------------|---------------|---------|
|-----------------------------|--------|------------|---------------|---------|

| | | | | |
|----------------|------|--|------------|--------|
| FRAIS CLINIQUE | 1,00 | | 500,00 | 500,00 |
| | | | Sous-Total | 500,00 |

Total Clinique 500,00

| | | | | |
|---|------|--|------------|--------|
| PR. BENCHEKROUN OUAF AE (ophtalmologue) | 1,00 | | 700,00 | 700,00 |
| | | | Sous-Total | 700,00 |

Total Autres prestations 700,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

MILLE DEUX CENTS DIRHAMS

Total 1 200,00

Compte bancaire : AWB 007780000330300000022736 , AGENCE MECQUE- CASA

CLINIQUE AL MADINA
CAISSE
532 Bd Panoramique - Casablanca
Tél. : 05 22 77 77 40 à 49 (L.G)
Fax : 05 22 25 00 01

Professeur Ouafae BENCHEKROUN

Ex. Enseignante à la faculté de Médecine
de Casablanca



Maladies et Chirurgie des Yeux

Chirurgie vitéro rétinienne

Angiographie - Laser

Adaptation de Lentilles de Contact

الدكتورة وفاء بنشقرون

أستاذة سابقة بالتعليم العالي بكلية

الطب بالدار البيضاء

اختصاصية في طب و جراحة العيون

جراحة الشبكة

تخطيط أوعية الشبكة - الليزر

عدسات الإتصال

Casablanca

26-03-24

الدار البيضاء في

CLINIQUE AL MADINA
532, Bd Mohammed VI, Casablanca
Tél.: 05 22 36 37 08
Fax: 05 22 36 37 08

e Naima

oct Jaceel

CLINIQUE AL MADINA
532, Bd Mohammed VI, Casablanca
Tél.: 05 22 36 37 08
Fax: 05 22 36 37 08

Professeur Ouafae BENCHEKROUN
Ophtalmologiste
Rég. du Palais Bd Ghandi Casablanca
Tél/Fax : 0522 36 37 08
Urgence : 0662 55 19 36

Professeur Ouafae BENCHEKROUN

Ex. Enseignante à la faculté de Médecine
de Casablanca



Maladies et Chirurgie des Yeux

Chirurgie vitéro rétinienne

Angiographie - Laser

Adaptation de Lentilles de Contact

الدكتورة وفاء بنشقرون

أستاذة سابقة بالتعليم العالي بكلية

الطب بالدار البيضاء

اختصاصية في طب و جراحة العيون

جراحة الشبكية

تخطيط أوعية الشبكية - الليزر

عدسات الإتصال

Casablanca , le 26-3-24 الدار البيضاء في

Bdite Naïmq

Compte Rendu OCT
Maculop

Aspect Maculaire
Normal

Professeur Ouafae BENCHEKROUN
Ophtalmologiste
Rés. du Palais 24 Ghandi Casablanca
Tél/Fax : 05 22 36 37 08
Urgence : 06 62 55 19 36

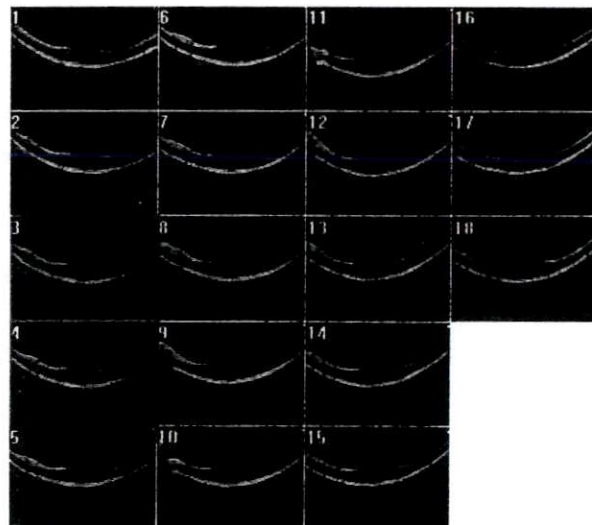
Patient: BDITE, NAIMA
Physician:
Operator:
Disease:

CLINIQUE AL MADINA

Gender: Female
ID:

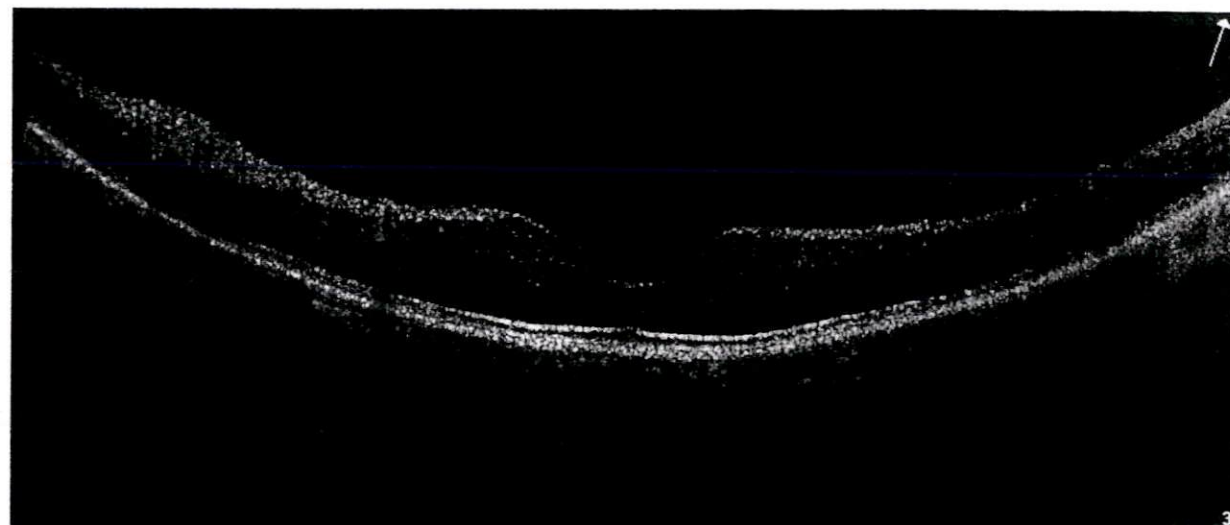
Exam Date: 26/03/2024
DOB(age): 01/01/1950 (74)
Ethnicity: Caucasian
Algorithm Ver: A2018,1,0,33

Radial Lines

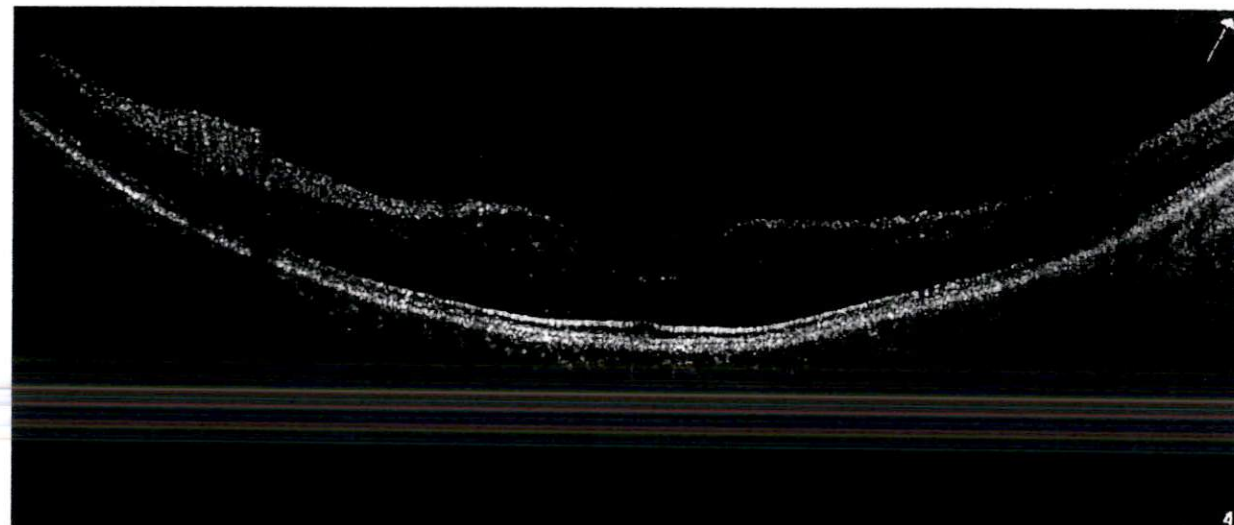
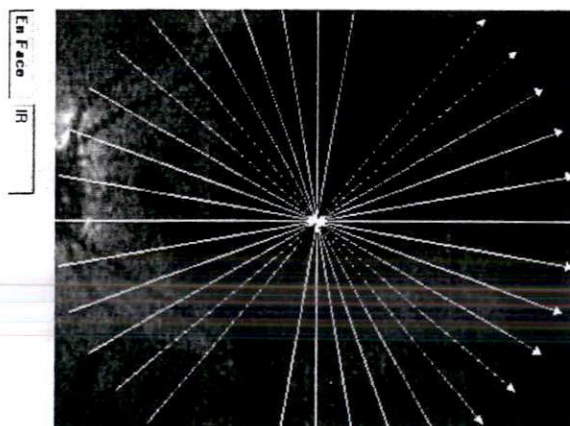


Signal Strength Index 53

Left / OS



1x1 1x2 2x2 Auto Zoom 10.00 Scan Size (mm)



Report Date: mardi 26/03/2024 11:41:34

Software Version: 2018,1,0,33

Comment:

Signature:

Defining the OCT Revolution

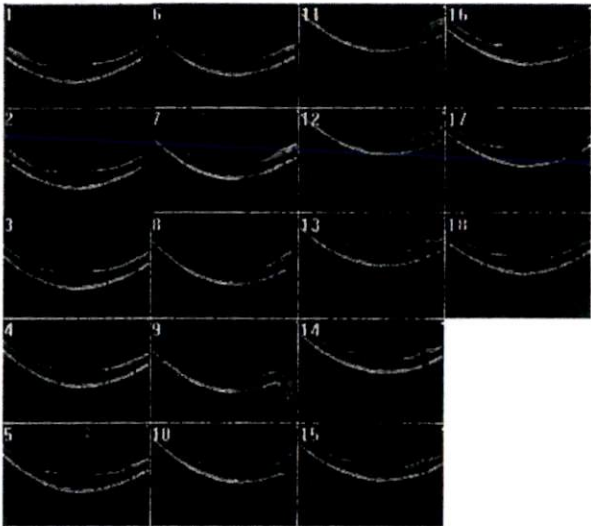


Patient: BDITE, NAIMA
Physician:
Operator:
Disease:

CLINIQUE AL MADINA
Gender: Female
ID:

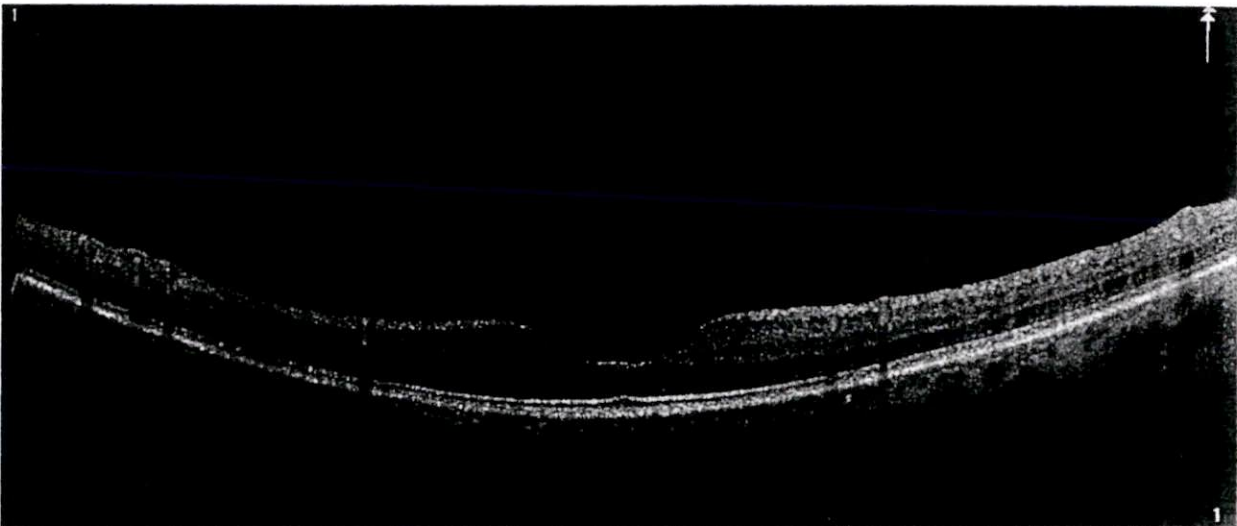
Exam Date: 26/03/2024
DOB(age): 01/01/1950 (74)
Ethnicity: Caucasian
Algorithm Ver: A2018,1,0,33

Radial Lines

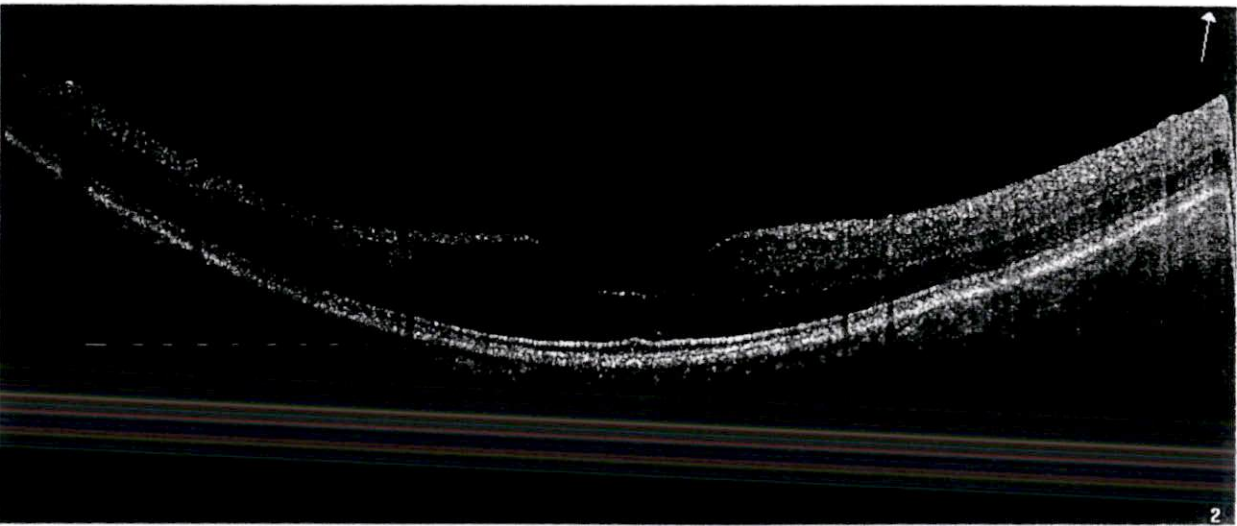
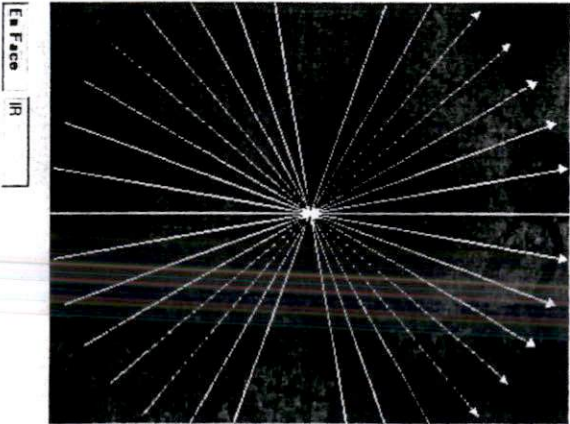


Signal Strength Index 63

Right / OD



1x1 1x2 2x2 Auto Zoom 10.00 Scan Size (mm)



Report Date: mardi 26/03/2024 11:41:12

Software Version: 2018,1,0,33

Comment:
Signature:



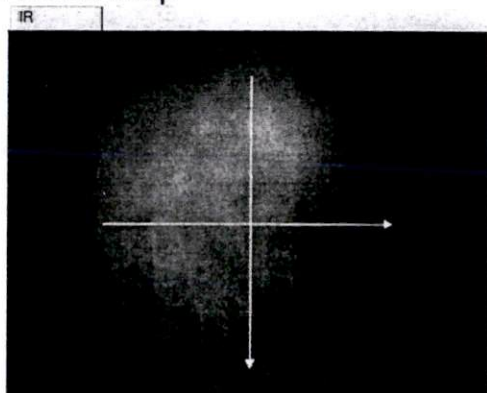
Patient: BDITE, NAIMA
Physician:
Operator:
Disease:

CLINIQUE AL MADINA

Gender: Female
ID:

Exam Date: 26/03/2024
DOB(age): 01/01/1950 (74)
Ethnicity: Caucasian
Algorithm Ver: A2018,1,0,33

Retina Map



☒ Show Boundary Curves

Signal Strength Index 60

Thickness
☒ Full Retinal
☐ Inner Retinal
☐ Outer Retinal

Threshold 0

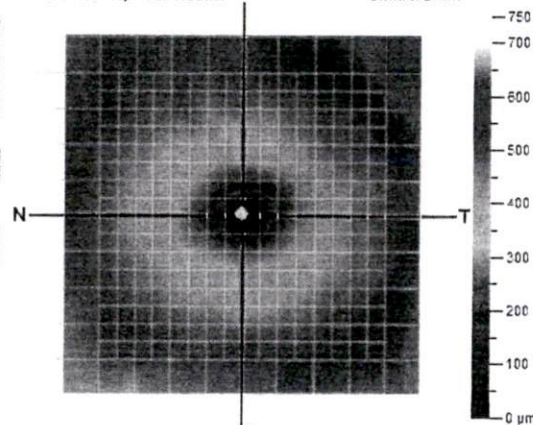
Volume 6.89 mm³

Save

☒ Auto Zoom

Thickness Map - Full Retinal

5mm x 5mm



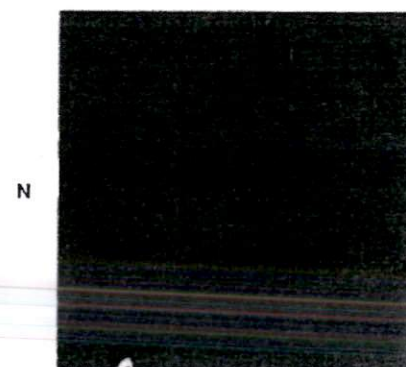
Thickness: 187 μm
(0.00, 0.00) mm

☒ Show HR Frames ☒ Show Lines

Map Option
☒ NDB Reference ☐ RPE Elevation

NDB Reference Map

5mm x 5mm



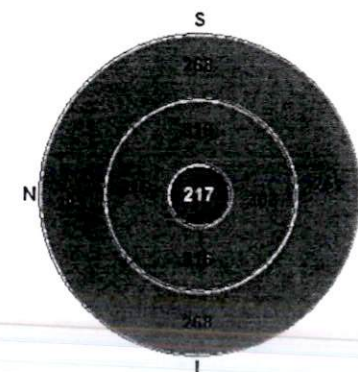
Left / OS

| Section | Thick (μm) | Vol(mm ³) |
|--|------------|-----------------------|
| Fovea | 217 | 0.170 |
| ParaFovea | | 1.956 |
| S. Hemisphere | | 0.971 |
| I. Hemisphere | | 0.985 |
| Tempo | | 0.476 |
| Superior | | 0.487 |
| Nasal | | 0.497 |
| Inferior | | 0.487 |
| Perifovea | | 3.394 |
| S. Hemisphere | | 1.691 |
| I. Hemisphere | | 1.702 |
| Tempo | | 0.819 |
| Superior | | 0.841 |
| Nasal | | 0.890 |
| Inferior | | 0.843 |
| Vol within: 0.170(1mm) 2.126(3mm) 5.520(5mm) | | |

p > 95%
p > 1%
p < 1%

Map Diameters

Fovea: 1.00 mm
Parafovea: 3.00 mm
Perifovea: 5.00 mm



Report Date: mardi 26/03/2024 11:41:42

Software Version: 2018,1,0,33

Comment:

Signature:

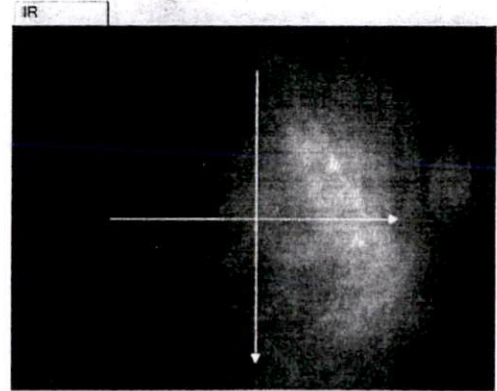


Patient: BDITE, NAIMA
Physician:
Operator:
Disease:

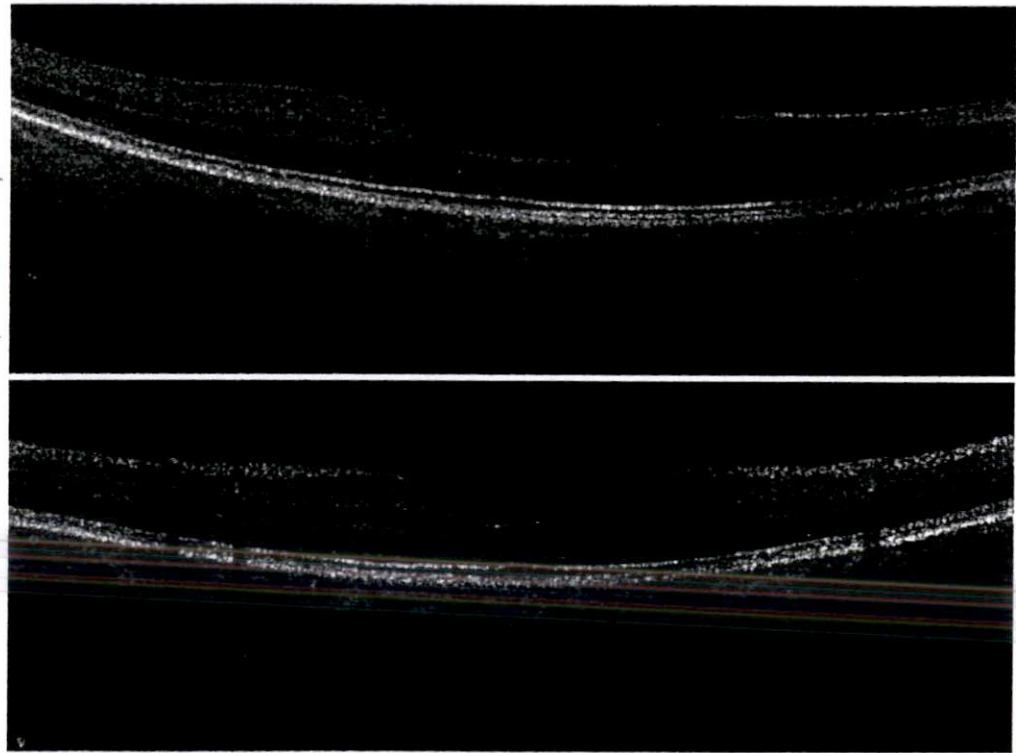
CLINIQUE AL MADINA
Gender: Female
ID:

Exam Date: 26/03/2024
DOB(age): 01/01/1950 (74)
Ethnicity: Caucasian
Algorithm Ver: A2018,1,0,33

Retina Map



Show Boundary Curves



Signal Strength Index 56

Thickness

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

Threshold

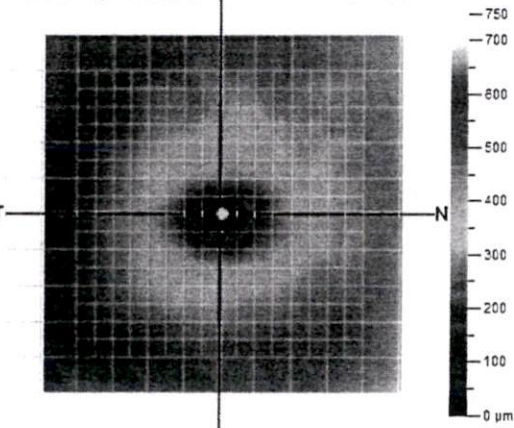
Volume

Save

Auto Zoom

Thickness Map - Full Retinal

5mm x 5mm



Thickness: 198 µm
(0.00, 0.00) mm

Show HR Frames Show Lines

Map Option

- ☒ NDB Reference
- ☐ RPE Elevation

NDB Reference Map

5mm x 5mm



Right / OD

| Section | Thick (µm) | Vol(mm³) |
|---------------|------------|----------|
| Fovea | 218 | 0.171 |
| Parafovea | 310 | 1.946 |
| S. Hemisphere | 311 | 0.976 |
| I. Hemisphere | 308 | 0.967 |
| Tempo | 314 | 0.478 |
| Superior | 319 | 0.495 |
| Nasal | 310 | 0.486 |
| Inferior | 319 | 0.487 |
| Perifovea | 318 | 3.406 |
| S. Hemisphere | 318 | 1.717 |
| I. Hemisphere | 318 | 1.689 |
| Tempo | 318 | 0.822 |
| Superior | 318 | 0.855 |
| Nasal | 318 | 0.900 |
| Inferior | 318 | 0.820 |

Vol within: 0.171(1mm) 2.117(3mm) 5.523(5mm)

Map Diameters

- ☒ p > 95%
- ☐ p > 1%
- ☐ p < 1%

Fovea: 1.00 mm
Parafovea: 3.00 mm
Perifovea: 5.00 mm

