

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Biologie 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.

## Maladie chronique :

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

Réclamation : contact@mupras.com  
Prise en charge : pec@mupras.com  
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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



## Déclaration de Maladie

N° P19- 069031

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3208 Société : N°D: 34133

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraité

Nom & Prénom : Benjelloun DRIS

Date de naissance : 1951/03/07

Adresse : Tocharok Tr 18 immeuble app.17

Tél. : 06 74 27 30 61 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26 JUL 2020

Nom et prénom du malade : Benjelloun DRIS

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

Nature de la maladie : Affection Longue Durée

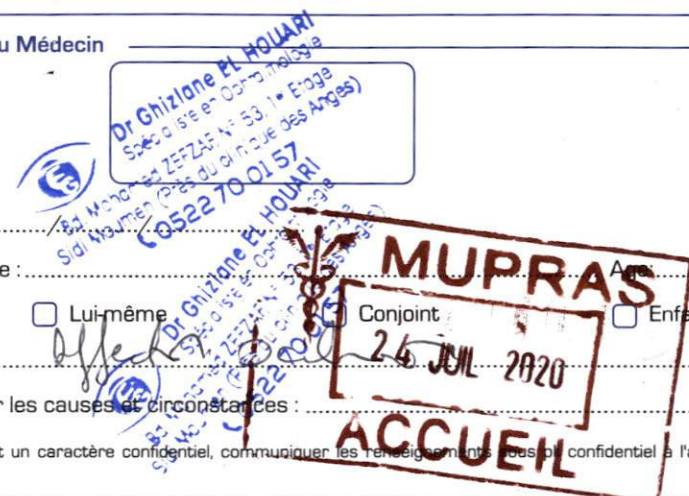
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 20/07/2020 Le : 24/07/2020

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]





# 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
10/07/20			259,00 DH	Dr Ghizlane EL HOUARI Spécialiste en Odontologie Moumen (Pôle Clinique des Angles) 0522 70 01 57

# 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
	le 11/07/2020		2000,00

# 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 :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE																							
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			Coefficient DES TRAVAUX
	H		H																					
	25533412	21433552																						
	00000000	00000000																						
	D		G																					
	00000000	00000000																						
	35533411	11433553																						
	B																							
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

# ORDONNANCE

د. عصام عطيف  
الأمراض السكري - التغذية  
121 شارع محمد زفزاف - الدار البيضاء  
الهاتف : 0540 054 912 / 522 555 777

Casablanca

Le : 16 يوليو 2020

check till 14h30

High and low  
14 a night

د. عصام عطيف  
الأمراض السكري - التغذية  
121 شارع محمد زفزاف - الدار البيضاء  
الهاتف : 0540 054 912 / 522 555 777

**Dr. Ghizlane EL HOUARI**

Spécialiste en Ophtalmologie

Diplômée de la Faculté de Médecine - Casablanca

Ancien Ophtalmologue à l'hôpital 20 Août - Casablanca

Membre de la Société Française d'Ophtalmologie



**د. غزلان الهواري**

اختصاصية في أمراض وجراحة العيون

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

طبيبة عيون بمستشفى 20 غشت بالدار البيضاء سابقا

عضو بالجمعية الفرنسية لطب وجراحة العيون

# ORDONNANCE

10 juillet 2020

Casablanca, le : ..... الدار البيضاء, في :

**Mme CHANIK Habiba**

Angiographie rétinienne à la fluorescéine  
OCT maculaire K20

Sidi Moumen  
Bd. Mohamed ZEFZAF, N° 53, 1<sup>er</sup> Etage  
Sidi Moumen (près du clinique des yeux)  
(0522 70 01 57)  
Dr. Ghizlane EL HOUARI  
Spécialiste en Ophtalmologie



شارع محمد الزفزاف, رقم 53, الطابق الأول - سيدي مومن  
(أمام محطة الطرامواي التشارك, قرب مصحة الملائكة) الدار البيضاء

Bd. Mohamed ZEFZAF, N° 53, 1<sup>er</sup> Etage - Sidi Moumen - Casablanca

E-mail : dr.ghizlane.elhouari@gmail.com - 0522 70 01 57 , الهاتف



**CLINIQUE FRANCE VILLE**

CENTRE CARDIOVASCULAIRE

Patient : Mme CHAKIK HABIBA  
Séjour : Du 11/07/2020 au 11/07/2020FACTURE  
202003208  
Du : 11/07/2020

Etablie par : E. Houria T

**Clinique**

Prestation	Quantité	Prix Unitaire	Total
ANGIOGRAPHIE RETINIENNE FLUORESCÉINIQUE	1	1 000,00	1 000,00
TOMOGRAPHIE EN COHERENCE OPTIQUE	1	1 000,00	1 000,00
<b>TOTAL CLINIQUE</b>			<b>2 000,00</b>

**Encaissement Compte d'Autrui**

Prestation	Quantité	Prix Unitaire	Total
<b>TOTAL AUTRUI</b>			<b>0,00</b>

**Ventes en exonération de la TVA suivant l'article n°91-VI-1° du C.G.I**

Arrêtée la présente facture à la somme de DEUX MILLE DIRHAMS

	Patient
<b>Total TTC</b>	<b>2 000,00</b>



Nom: CHAKIK, HABIBA



ID: CZMI143615977 Date d'examen: 11/07/2020

CLINIQUE FRANCEVILLE

Date de naissance: 26/10/1967 Heure de l'examen: 12:41

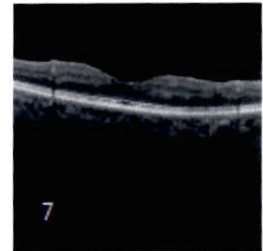
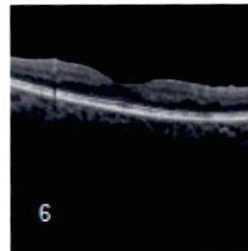
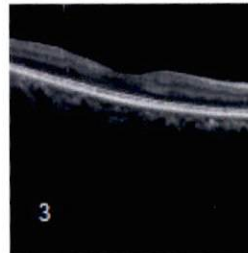
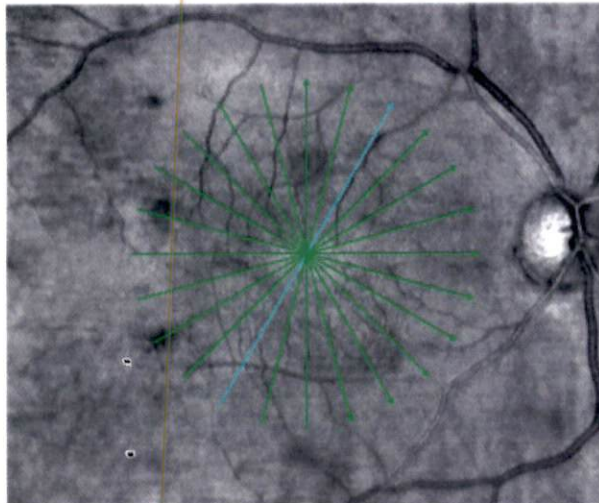
Sexe: Unknown Numéro de série: 5000-6852

Technicien : EL HOUARI, GHIZLANE Puissance du signal: 9/10

## Images haute définition: HD Radial

OD ☒ OS ☐

Longueur: 6 mm



Commentaires

Signature du médecin

SW Ver: 9.0.0.281  
Copyright 2015  
Carl Zeiss Meditec, Inc  
All Rights Reserved

Page 1 sur 1

Nom: CHAKIK, HABIBA



ID: CZMI143615977 Date d'examen: 11/07/2020

CLINIQUE FRANCEVILLE

Date de naissance: 26/10/1967 Heure de l'examen: 12:42

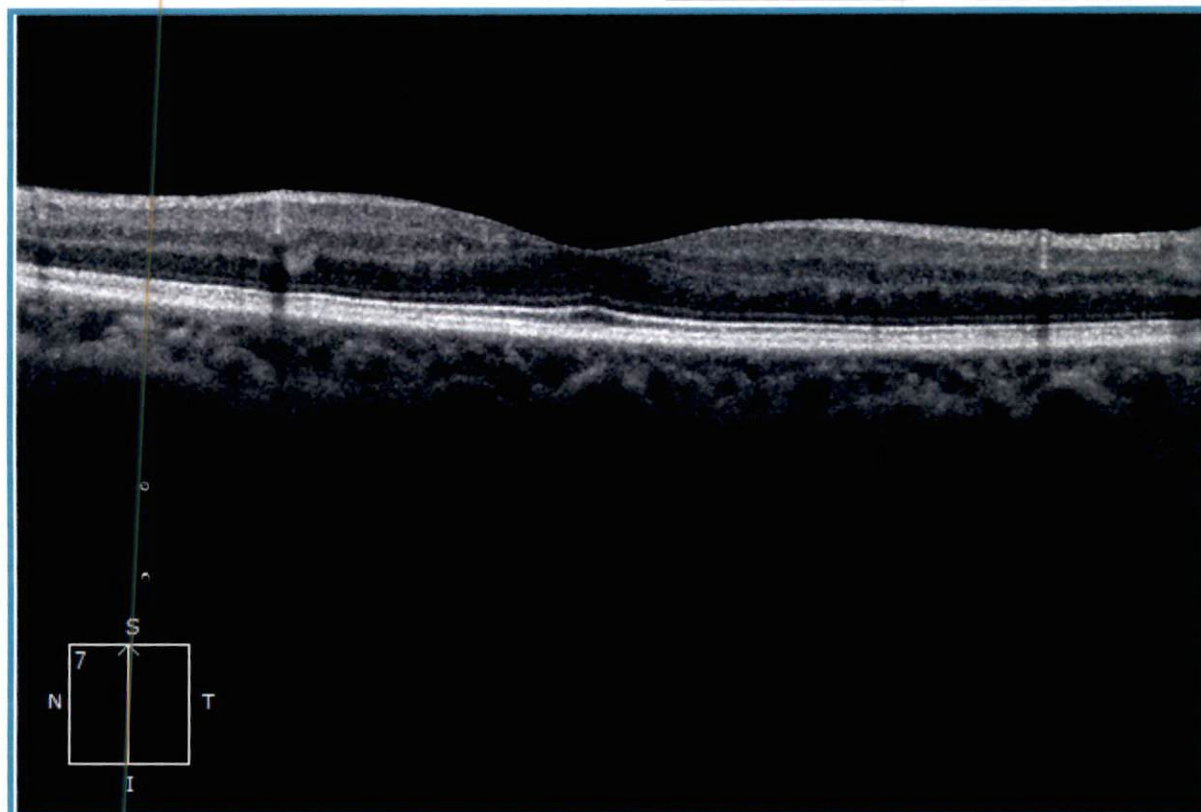
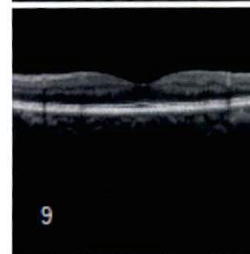
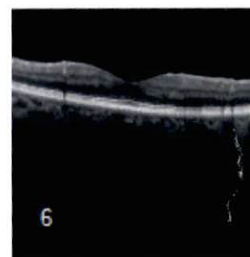
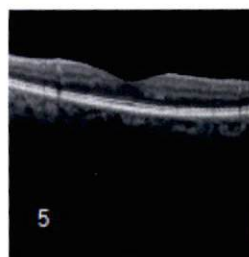
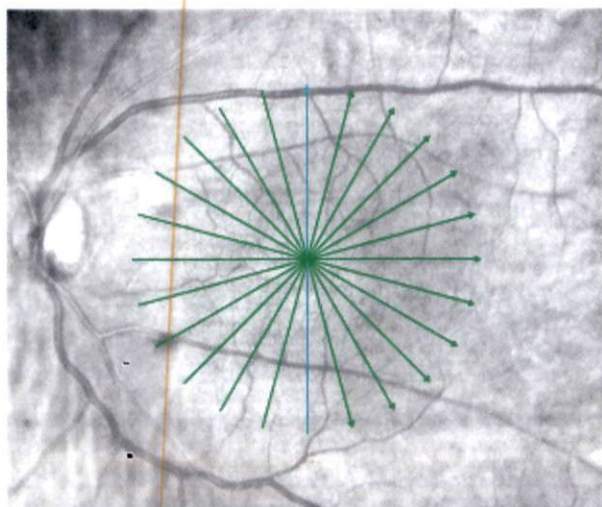
Sexe: Unknown Numéro de série: 5000-6852

Technicien: EL HOUARI, GHIZLANE Puissance du signal: 10/10

## Images haute définition: HD Radial

OD ☐ OS ☒

Longueur: 6 mm



Commentaires

Signature du médecin

SW Ver: 9.0.0.281  
Copyright 2015  
Carl Zeiss Meditec, Inc  
All Rights Reserved

Page 1 sur 1



Nom: **CHAKIK, HABIBA**

OD

OS

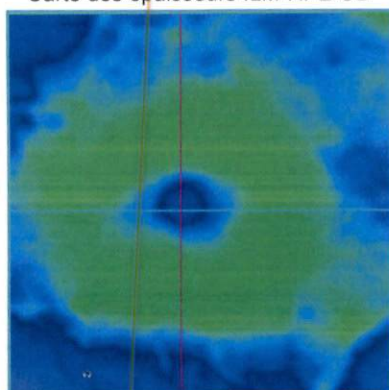


ID: CZMI143615977 Date d'examen: 11/07/2020 11/07/2020 CLINIQUE FRANCEVILLE  
 Date de naissance: 26/10/1967 Heure de l'examen: 12:40 12:42  
 Sexe: Unknown Numéro de série: 5000-6852 5000-6852  
 Technicien : EL HOUARI, GHIZLANE Puissance du signal: 9/10 9/10

# Épaisseur maculaire OU : Macular Cube 512x128

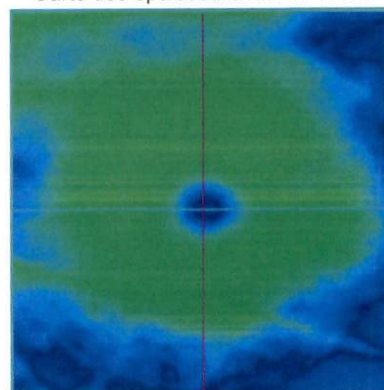
OD ● ● OS

Carte des épaisseurs ILM-RPE OD



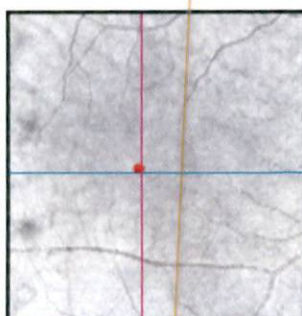
Fovéa : 232, 67

Carte des épaisseurs ILM-RPE OS

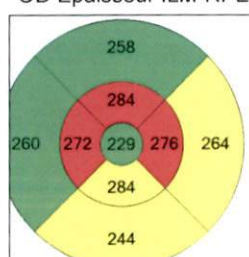


Fovéa : 259, 67

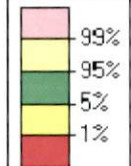
Fond d'œil OCT OD



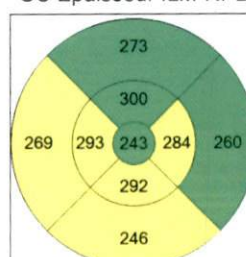
OD Épaisseur ILM-RPE



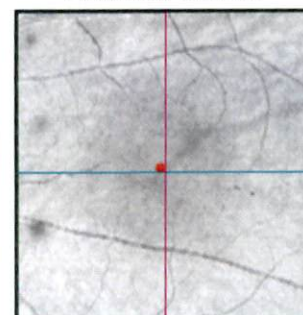
Diversifié :  
Distribution  
des normales



OS Épaisseur ILM-RPE

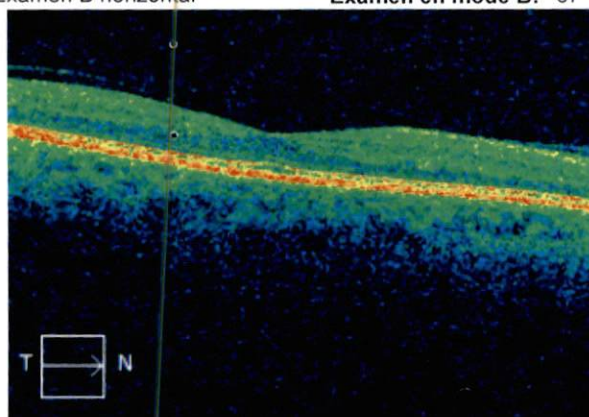


Fond d'œil OCT OS



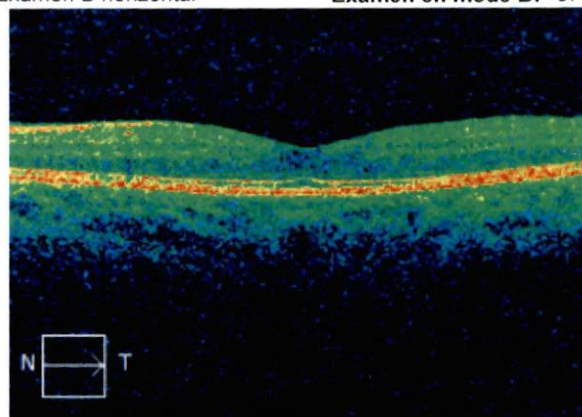
ILM - RPE	OD	OS
Épaisseur Sous-zone centrale (µm)	229	243
Volume (mm³)	9.2	9.4
Moy Épaisseur (µm)	254	262

Examen B horizontal



Examen en mode B: 67

Examen B horizontal



Examen en mode B: 67

Commentaires

Signature du médecin

SW Ver: 9.0.0.281  
 Copyright 2015  
 Carl Zeiss Meditec, Inc  
 All Rights Reserved  
 Page 1 sur 1



Établissement:  
Service:  
Adresse:  
Médecin opérant:  
Opérateur:  
Commentaire:

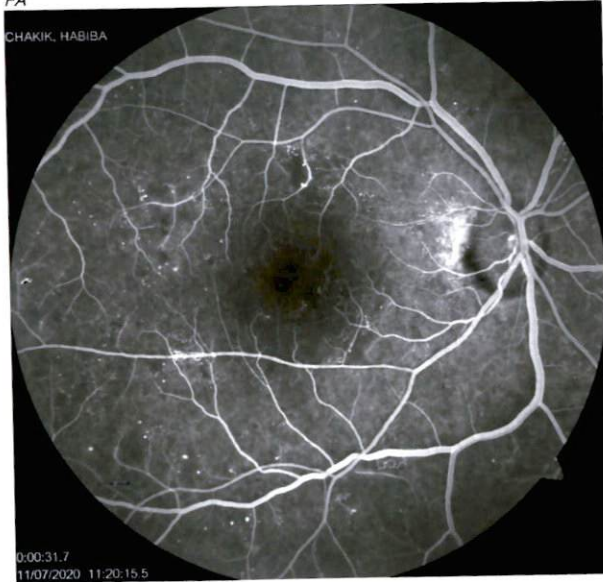
CLINIQUE FRANCEVILLE  
Ophtalmologie

Patient:  
Date de naissance:  
Patient No.:  
Médecin traitant:

CHAKIK, HABIBA  
26/10/1967



FA 0:31.7 OD 45° 11/07/2020  
FA



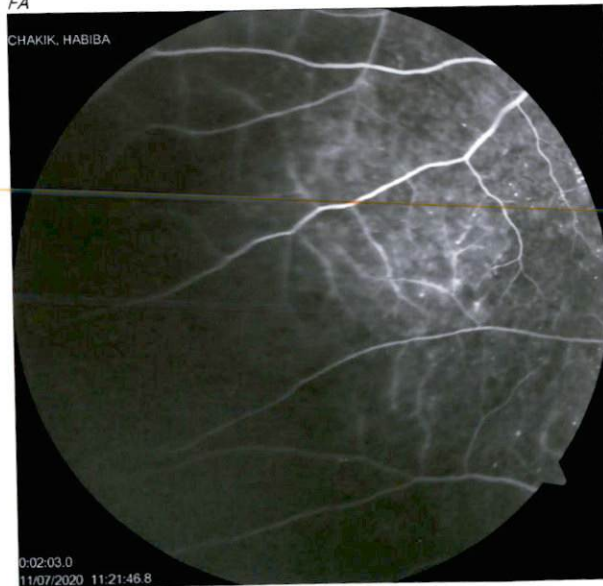
FA 1:01.2 OD 45° 11/07/2020  
FA



FA 1:39.0 OD 45° 11/07/2020  
FA



FA 2:03.0 OD 45° 11/07/2020  
FA



FA 2:33.7 OD 45° 11/07/2020  
FA



FA 4:41.0 OD 45° 11/07/2020  
FA



Établissement:  
Service:  
Adresse:  
Médecin opérant:  
Opérateur:  
Commentaire:

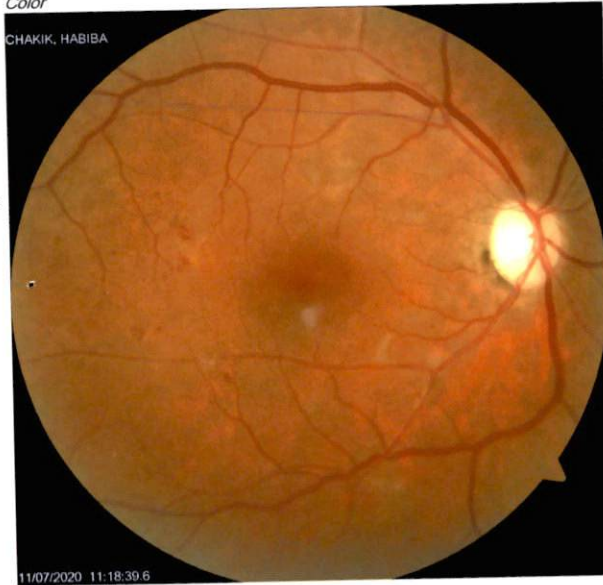
CLINIQUE FRANCEVILLE  
Ophtalmologie

Patient:  
Date de naissance:  
Patient No.:  
Médecin traitant:

CHAKIK, HABIBA  
26/10/1967



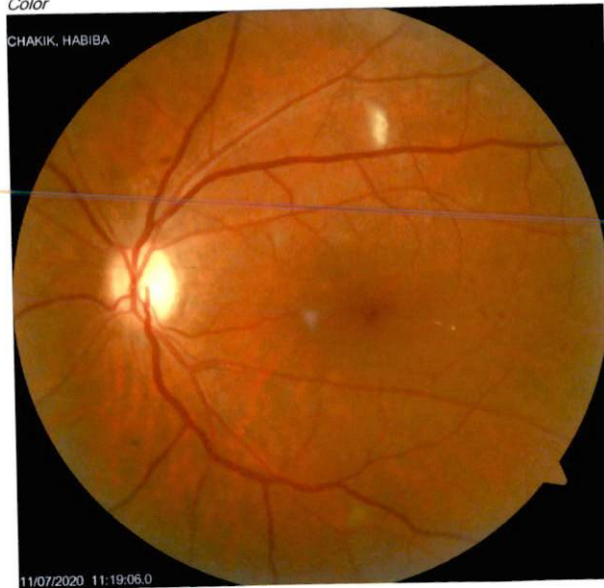
Couleur OD 45° 11/07/2020  
Color



Vert OD 45° 11/07/2020  
Green



Couleur OS 45° 11/07/2020  
Color



Vert OS 45° 11/07/2020  
Green





Établissement:  
Service:  
Adresse:  
Médecin opérant:  
Opérateur:  
Commentaire:

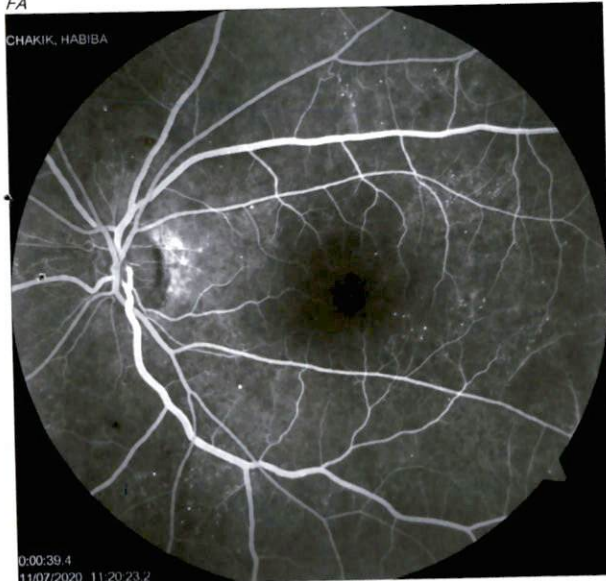
CLINIQUE FRANCEVILLE  
Ophtalmologie

Patient:  
Date de naissance:  
Patient No.:  
Médecin traitant:

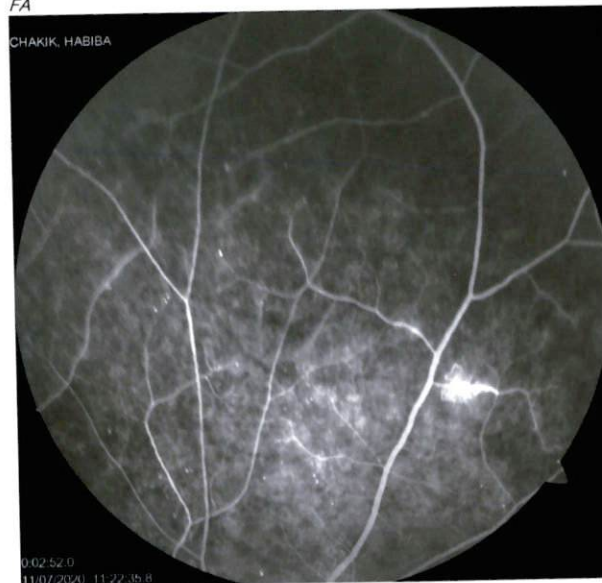
CHAKIK, HABIBA  
26/10/1967



FA 0:39.4 OS 45° 11/07/2020  
FA



FA 2:52.0 OS 45° 11/07/2020  
FA



FA 3:11.0 OS 45° 11/07/2020  
FA



FA 3:25.8 OS 45° 11/07/2020  
FA



FA 3:40.5 OS 45° 11/07/2020  
FA



FA 4:50.6 OS 45° 11/07/2020  
FA

