

## 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.

### Adresses Mails utiles

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

51 516

<input type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
<b>Cadre réservé à l'adhérent(e)</b>			
Matricule : <u>4088</u> Société :			
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>ARIFI Mohamed</u>			
Date de naissance : <u>1934</u>			
Adresse : <u>Bloc 3 A 99T 5 au 1er étage</u>			
Tél. : <u>06 77 56 19 31</u> Total des frais engagés : <u>2,577,00</u> Dhs			

<b>Cadre réservé au Médecin</b>			
Cachet du médecin : 			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : <u>M. ARIFI Mohamed</u> Age : <u>85 ans</u>			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements nécessaires 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 :** DR **Signature de l'adhérent(e) :** DR **ACCUEIL** 15 DEC 2020

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
03 DEC. 2020	301		300,-	INP : 091143851
03 DEC. 2020	301		120,-	
				Aoudi D. - 052223776

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>bis. Bd Ibnou Sina Tel 05 22 55 33 27 CASABLANCA</p>	03/12/2006	1077,00

092042456

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient												
				INP : <input type="text"/>												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">35533411</td> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">11433553</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412 00000000	G	21433552 00000000	D	00000000	B	00000000	G	35533411	H	11433553
H	25533412 00000000	G	21433552 00000000													
D	00000000	B	00000000													
G	35533411	H	11433553													
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
<b>CHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>																



- Ex. Attaché au CHU de Nantes : Chirurgie du Strabisme et ophtalmie Pédiatrie.
  - Ex. Professeur - enseignement sup. - assistant - Faculté de médecine de Casablanca.
  - Président et fondateur : Association Marocaine de Strabologie et Ophtalmie Pédiatrie.
  - Diplômé en Chirurgie Réfractive et Cataracte - Besançon - France.
  - Diplômé en Chirurgie Vitreo-Rétinienne - Nancy - France.
  - Diplômé en Posturologie Clinique - M. A. Azouz - Paris - France.

**GANFORT® 03mg/ml + 5mg/ml**  
Collyre en solution Flacon de 3ml

حاصل على دبلوم في جراحة الشبكية وال瞗 العرافي بـ  
حاصل على دبلوم في علم تقويم الجسم بـ مرسيليا.

**GANFORT® 0.3mg/ml + 5mg/ml**  
 Collyre en solution Flacon de 3ml  
  
 6 118001 251391  
 Distribué par les laboratoires AFRIC-PHAR  
**PPV : 234DH00**  
 Médicament autorisé N° 333 DMP/21/NRQ

**GANFORT® 0,3mg/ml + 5mg/ml**  
Collyre en solution Flacon de 3ml  
6 118001 251391  
Distribué par les laboratoires AFRIC-PHAR  
PPV : 234DH00  
Médicamenteuse autorisé N° 333 DMP/21/NRQ

03 décembre 2020

Mr. ARIFI Mohamed

234.00 x 3

SiA

1 goutte par jour le matin , dans les deux yeux, pendant 3 Mois

#### **AZOPT : COLLYRE CL**

20h, daps

~~1 goutte 2 fois par jour. 8h et 20h, dans les deux yeux, pendant 3 Mois~~

A REVOIR DANS 3 MOIS.

8 ft.<sup>2</sup>

A circular blue ink stamp. The text "Pharmacie Meryem" is at the top, followed by "Sina" and "CASABLANCA". Below that is "19 Bd. Ibnou Sina" and "Tel. 05 22 36 33 27". At the bottom, it says "Mme 76 place Bel M'hamed" and "8. Bd M'hamed". A large handwritten-style signature is across the center. There is a small red "X" mark at the top right.

DIAOUDI D. Jaâfar  
Ophtalmologue  
Place des Nations Unies - Casa  
tel: 0522 29 81 19 - 05 22 22 37 76

Pharmacie Meryem

19 bld. Blvd Ibnou Sina

tel: 05 22 36 53 27

CASABLANCA

Mme 76000 Casablanca

70, Place des Nations Unies, 3 ème étage  
8. Bd Mohamed V. au dessus de M

A circular blue ink stamp. The text "Pharmacie Meryem" is written in a large, stylized, cursive font at the top. Below it, "19 bis Bd Ibnou Sina" and "1er étage" are printed. Further down, "CASABLANCA" is printed in a bold, sans-serif font. A large black cross symbol is positioned to the right of the text. Handwritten text "Casa 23776" is visible to the left of the stamp.

10, Place des Nations Unies, 3 ème étage ( en face Station Tramway)  
8, Bd Mohamed V, au dessus de Mc Donalds - Casablanca.  
Tél : 05 22 22 37 76 - 05 22 29 81 19 - Email : strabismedaoudi@hotmail.fr  
INPE : 091043851

**الدكتور الداودي الإدريسي جعفر**  
**أمراض و جراحة العيون**



**Professeur DAOUDI DRISSI Jaâfar**  
**Chirurgien Ophthalmologiste**

- Ex. Attaché au CHU de Nantes : Chirurgie du Strabisme et ophtalmo Pédiatrie.
- Ex. Professeur - enseignement sup. - assistant - Faculté de médecine de Casablanca.
- Président et fondateur : Association Marocaine de Strabologie et Ophtalmo Pédiatrie.
- Diplômé en Chirurgie Réfractive et Cataracte - Besançon - France.
- Diplômé en Chirurgie Vitreo-Rétinienne - Nancy - France.
- Diplômé en Posturologie Clinique - Marseille - France.

- ملحق بمستشفيات نانت : جراحة الحول.
- أستاذ سابقا بكلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء.
- رئيس و مؤسس : الجمعية المغربية لطب عيون الأطفال والحول.
- حاصل على دبلوم في جراحة الساد والانكسارية بكلية الطب ببرازان.
- حاصل على دبلوم في جراحة الشبكية والماء الزجاجي بنانسي.
- حاصل على دبلوم في علم تقويم الجسم بمرسيليا.

03/12/2020

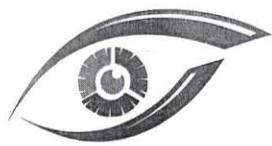
Mr. ARIFI Mohamed

Facture pour Examen OCT  
la somme de

1200 DH  
( Mille deux cent dirhams )

Pr. Daoudi D. Jaâfar  
10, Place des Nations Unies - Casablanca  
8, Bd Mohamed V, au dessus de Mc Donalds - Casablanca.  
Tél : 05 22 22 37 76 - 05 22 29 81 19 - Email : strabismedaoudi@hotmail.fr  
INPE : 091043851

10, Place des Nations Unies, 3 ème étage (en face Station Tramway)  
8, Bd Mohamed V, au dessus de Mc Donalds - Casablanca.  
Tél : 05 22 22 37 76 - 05 22 29 81 19 - Email : strabismedaoudi@hotmail.fr  
INPE : 091043851



- Ex. Attaché au CHU de Nantes : Chirurgie du Strabisme et ophtalmo Pédiatrie.
- Ex. Professeur - enseignement sup. - assistant - Faculté de médecine de Casablanca.
- Président et fondateur : Association Marocaine de Strabologie et Ophtalmo Pédiatrie.
- Diplômé en Chirurgie Réfractive et Cataracte - Besançon - France.
- Diplômé en Chirurgie Vitréo-Rétinienne - Nancy - France.
- Diplômé en Posturologie Clinique - Marseille - France.

- ملحق بمستشفيات نانت : جراحة العول.
- أستاذ سابقا بكلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء.
- رئيس و مؤسس : الجمعية المغربية لطب عيون الأطفال و العول.
- حاصل على دبلوم في جراحة الساد و الإنكسارية بكلية الطب ببرازان.
- حاصل على دبلوم في جراحة الشبكية و الماء الزجاجي بنانسي.
- حاصل على دبلوم في علم تقويم الجسم بمرسيليا.

Casablanca, le 3 Décembre 2020

### Compte Rendu de Tomographie à Cohérence Optique

**Mr ARIFI MOHAMED**

#### **Compte rendu Tomographie à cohérence optique :**

Signal OCT et imagerie de bonne qualité.

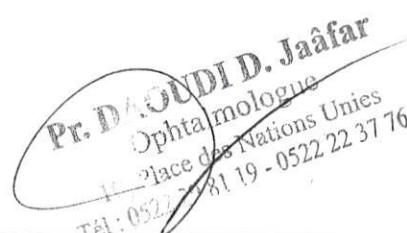
#### **OCT Papillaire**

##### **RNFL: Retinal Nerve Fiber Layer**

- Epaisseur de la couche des fibres nerveuses rétiniennes est diminuée de façon bilatérale.
- Epaisseur moyenne OD : 67 µm / Epaisseur moyenne OG : 73 µm
- Symétrie RNFL = 41%
- La surface globale de l'ANR est diminuée au niveau des deux yeux.
- Le rapport c/d vertical est augmenté au niveau des deux yeux.
- Le DDSL (Disc-damage Likelihood scale) est augmenté au niveau des deux yeux.

#### **GCC : Analyse du Complexe Cellulaire Ganglionnaire Maculaire**

- **Il existe un amincissement et une asymétrie d'épaisseur de la couche des cellules ganglionnaires** entre les deux hémis-rétines supérieure et inférieure dans la région maculaire au niveau des deux yeux.
- CCG OD = 79 µm / CCG OG = 85 µm.



10, Place des Nations Unies, 3 ème étage ( en face Station Tramway)  
8, Bd Mohamed V, au dessus de Mc Donalds - Casablanca.

Tél : 05 22 22 37 76 - 05 22 29 81 19 - Email : strabismedaoudi@hotmail.fr