

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 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 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

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 Alali Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alali Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Déclaration de Maladie

N° W19-570264



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **1380**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ELKHAIER Abdellah

Date de naissance :

11/11/1950

Adresse : **55 INARA 1 Mohammed**

Tél. : **0661228781**

Total des frais engagés

MUPRAS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

28 DEC. 2020

Date de consultation :

ELKHAIER Abdellah

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Alali Ben Abdellah

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 : **Alali Ben Abdellah**

Le : **14/01/2021**

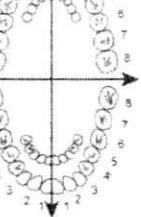
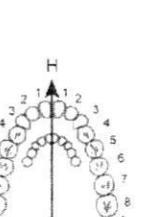
Signature de l'adhérent(e) :

ELKHAIER

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin l'attestant le Paiement des Actes
19 DEC. 2020	5		25000	INPEX WIDERMANN Hochmuth Nier B

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		28.80

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>QUE DE L'OEIL</i>	12/10/2021	CCT papilleuse	1000,-

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE													
Le praticien est prie de prciser la dent traitee, l'acte pratique en indiquant la nature des soins													
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF													
SOINS DENTAIRES 	Dent Traitees Nature des Soins Coefficient	INP : <input type="text"/>											
		COEFFICIENT DES TRAVAUX											
		MONTANTS DES SOINS											
		DEBUT D'EXECUTION											
		FIN D'EXECUTION											
		COEFFICIENT DES TRAVAUX											
		MONTANTS DES SOINS											
		DATE DU DEVIS											
		DATE DE L'EXECUTION											
O.D.F PROTHESES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> G B [Cration, remont, adjonction] Fonctionnel, Thrapeutique, necessaire la profession		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553
25533412	21433552												
00000000	00000000												
D													
00000000	00000000												
35533411	11433553												

Docteur M.QERMANE

OPHTHALMOLOGISTE



Diplômé De C.E.S. D'ophtalmologie De France

Lauréat De la Faculté De Médecine De Lille

Diplôme De C.E.S. De Médecine Aéronautique

Ancien Ophtalmologiste Au Centre National

D'ophtalmologie De Salé

Ancien Ophtalmologiste Attaché Aux Hopitaux De France

ANGIOGRAPHIE LASER

Sur Rendez-vous

المحمودية في :.....28/12/2020.....

الدكتور قرمان مصطفى

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

خريج كلية الطب بليل

حاصل على شهادة طب الطيران

طبيب سابق بالمركز الوطني لأمراض العيون

بسلا

طبيب سابق بمستشفيات فرنسا

الفحص و العلاج بأشعة الليزر

بالموعد

EL KHAIER ABDELOUAHED

28,80



ARTELAC COLLYRE

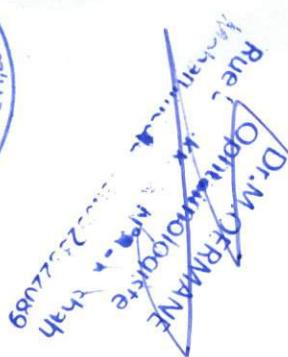
1 GOUTTE 3 F:J

3 MOIS

ZENITH Pharma

6 113001 270521

PPV : 28,80 DH



زنقة دكالة رقم : 7- القصبة - المحمدية - الهاتف: 05 23 32 20 89 - الفاكس : 05 23 32 20 89

Rue Doukkala N°7- Kasba - Mohammedia - Tél : 05 23 32 20 89 - Fax : 05 23 32 20 89

E-mail : mq3@hotmail.com

ر/ر

Docteur M.QERMANE

OPHTALMOLOGISTE



Diplômé De C.E.S. D'ophtalmologie De France

Laureat De la Faculté De Médecine De Lille

Diplômé De C.E.S. De Médecine Aéronautique

Ancien Ophtalmologiste Au Centre National

D'ophtalmologie De Salé

Ancien Ophtalmologiste Attaché Aux Hopitaux De France

ANGIOGRAPHIE LASER

Sur Rendez-vous

Mohammedia , Le :..... المحمديه في :.....

28 DEC. 2020

52 KHALF ABDOU

OCT 2020 maculon

CLINIQUE DE L'OEIL CALIFORNIE
52 Rue Khalifa
Kasba - Mohammedia, Maroc
Tél: 05-23-32-20-89
Fax: 05-23-32-46-21

زنقة دكالة رقم : 7 - القصبة - المحمديه - الهاتف: 05 23 32 20 89 - الفاكس : 05 23 32 20 89
Rue Doukkala N°7- Kasba - Mohammedia - Tél : 05 23 32 20 89 - Fax : 05 23 32 20 89

E-mail : mq3@hotmail.com

NOTE D'HONORAIRES

Casablanca le ...12/01/2021

le Docteur.....

a l'honneur de présenter ses compliments à (Mr/Mme)

.....Mr. EL KHAIER A BDE LOUAHEID

et lui adresse selon l'usage sa note d'honoraires.

Oct papillaire
et maladie

Soit la somme de : 1000,-

..... mille Dhs

Dhs

CLINIQUE DE L'OEIL CALIFORNIE
Casablanca, Californie,
Tél: 05 22 29 66 00 / 05 - 05 22 50 15 15
05 22 29 66 00 / 05 - 05 22 50 15 15
Fax.: 05 22 29 66 21

Cachet et signature

Nom: **EL KHAIER ABDELWAHED**ID: **1772728363**DOB: **01-01-1950**Age: **71**

Exam date: 12-01-2021

Sexe: **Mâle**Oeil: **Tous**

Commentaires:

Clinique De L'oeil
 544, boulevard Panoramique,
 Californie, Casablanca, Maroc
 +212.522.86.46.18/19/20,
 +212.522.29.66.00/60

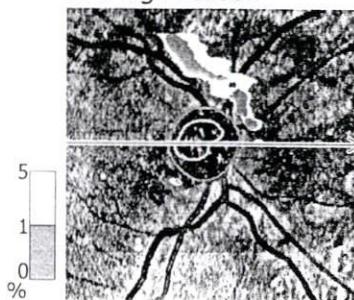
**R**

12-01-2021 10:03:39 QI: 9

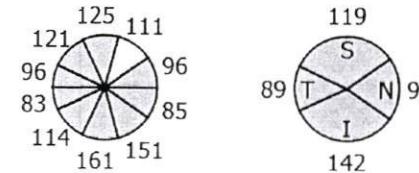
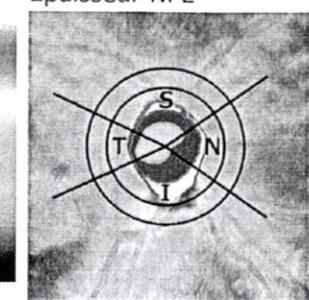
3D 6x6 mm

DISQUE | DEUX YEUX

NFL signification

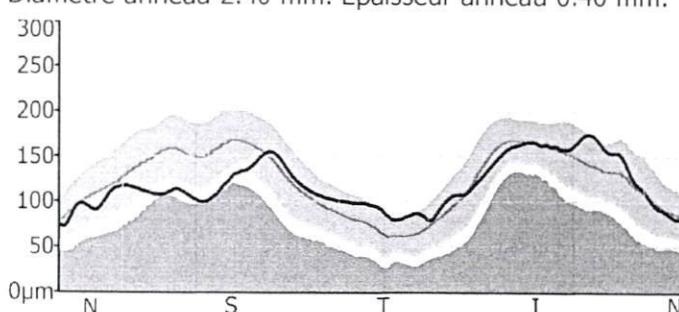


Epaisseur NFL

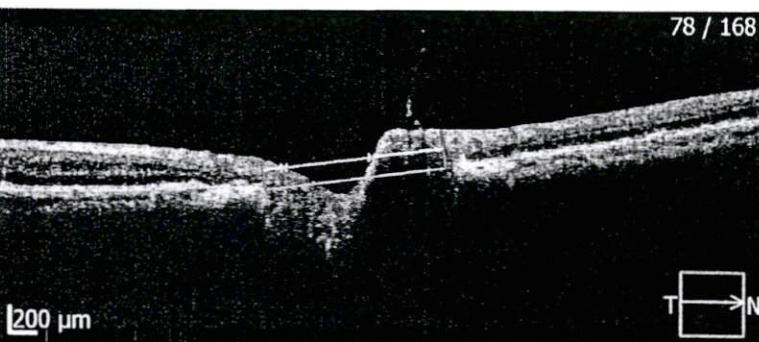


Paramètres ONH	Droite	Gauche	Normal
Zone disque [mm ²]	1.64	1.83	
Aire Anneau [mm ²]	1.11	1.21	1.09 - 2.08
Zone Excavation [mm ²]	0.52	0.62	0.00 - 0.89
Volume anneau [mm ³]	0.18	0.17	0.16 - 0.56
Volume Excavation [mm ³]	0.06	0.09	0.00 - 0.22
Profondeur moyenne cd	0.13	0.16	0.00 - 0.29
Profondeur excavation	0.27	0.43	0.00 - 0.59
C/D zone	0.32	0.34	0.00 - 0.42
C/D vertical	0.55	0.55	
C/D horizontal	0.66	0.67	
Excavation V/H	0.86	0.96	
R/D minimum	0.08	0.12	
Abscence anneau [°]	-	-	
DDLS	5	4	

Diamètre anneau 2.40 mm. Epaisseur anneau 0.40 mm.



78 / 168



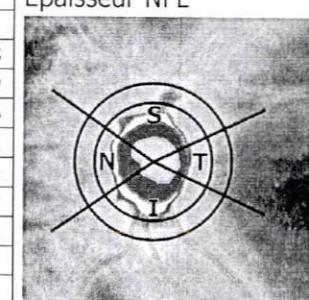
NFL parameters	Droite	Gauche
NSTIN average [μm]	117	116
Std. deviation [μm]	28	39
Symétrie OD OG	0.90	

QI: 9 12-01-2021 10:04:24

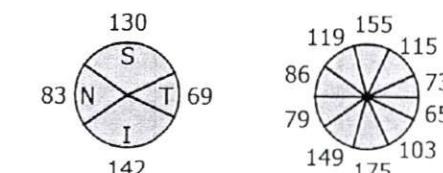
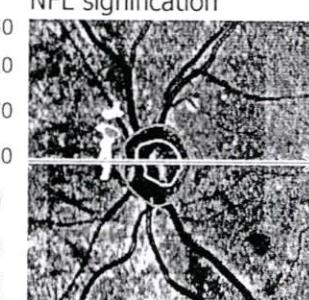
3D 6x6 mm

L

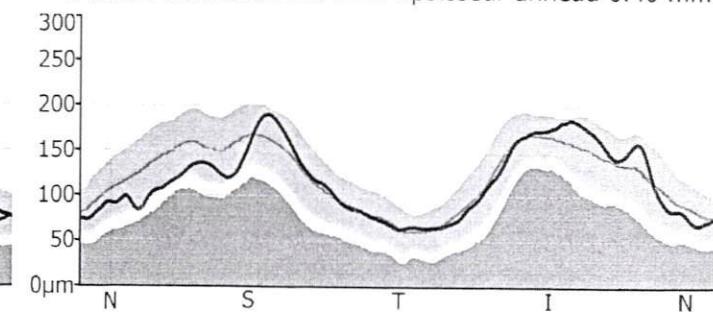
Epaisseur NFL



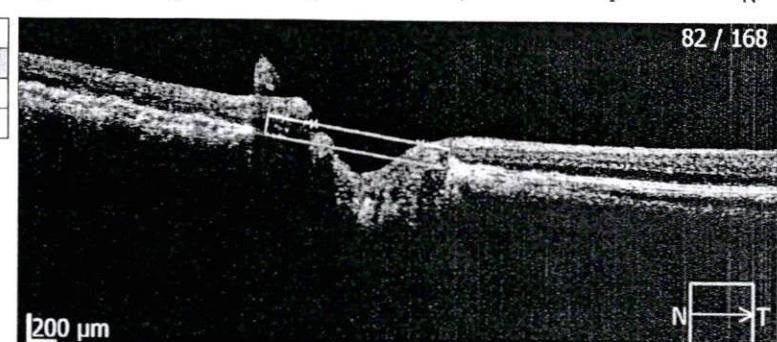
NFL signification



Diamètre anneau 2.40 mm. Epaisseur anneau 0.40 mm.



82 / 168



Nom: **EL KHAIER ABDELWAHED**
 ID: **1772728363**
 DOB: **01-01-1950**
 Age: **71**

Exam date: 12-01-2021
 Sexe: Mâle
Oeil: Tous

Commentaires:

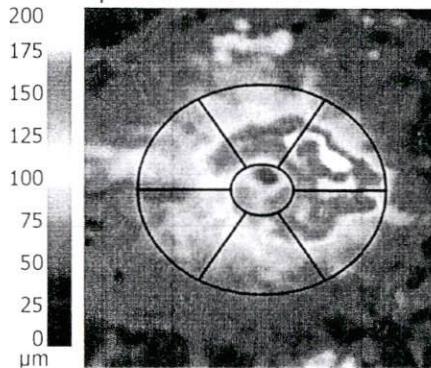
Clinique De L'oeil
 544, boulevard Panoramique,
 Californie, Casablanca, Maroc
 +212.522.86.46.18/19/20,
 +212.522.29.66.00/60



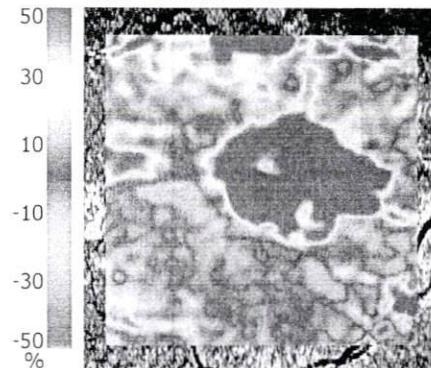
R

12-01-2021 10:02:20 QI: 10
 3D 7x7 mm

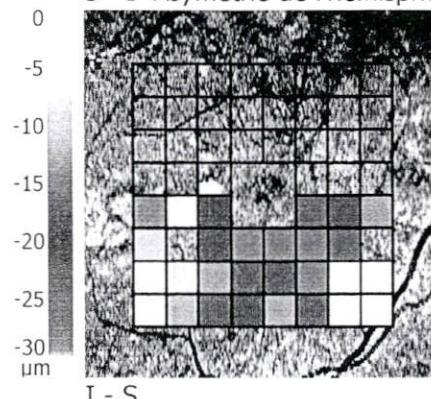
Epaisseur GCL+IPL



GCL+IPL deviation

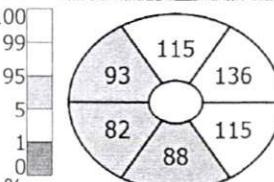
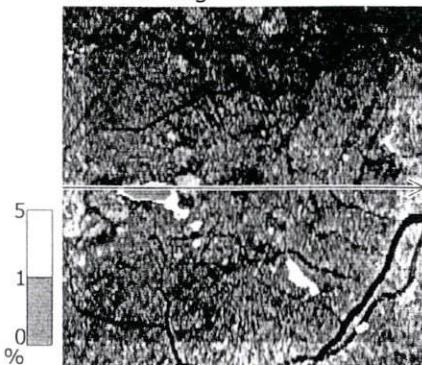


S - I Asymétrie de l'hémisphère



RÉTINE | DEUX YEUX | GANGLION

GCL+IPL signification

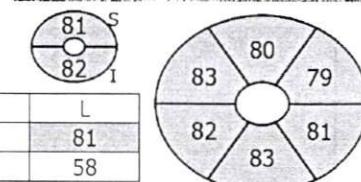
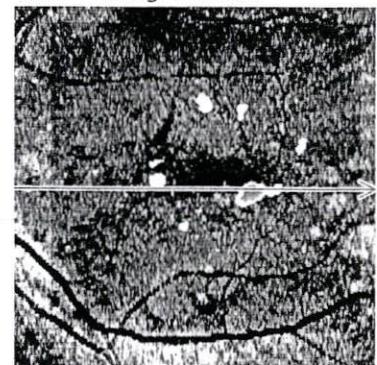


Epaisseur GCL+IPL		R	L
Moyenne [µm]	105	81	
Minimum [µm]	52	58	

65 / 128

200 µm

GCL+IPL signification



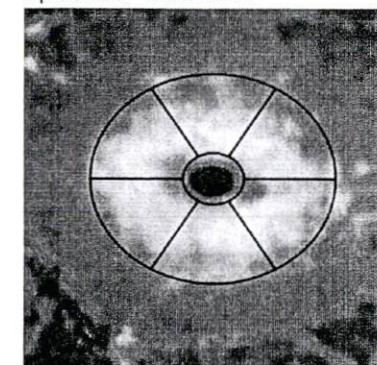
65 / 128

200 µm

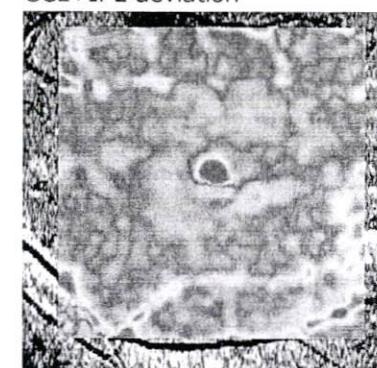
QI: 10 12-01-2021 10:04:58
 3D 7x7 mm

L

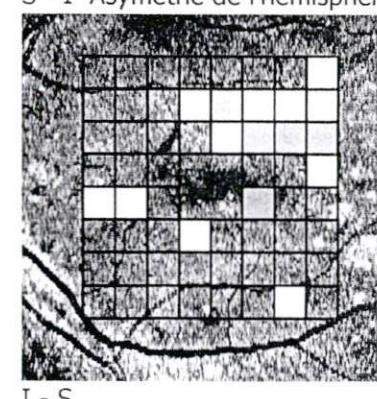
Epaisseur GCL+IPL



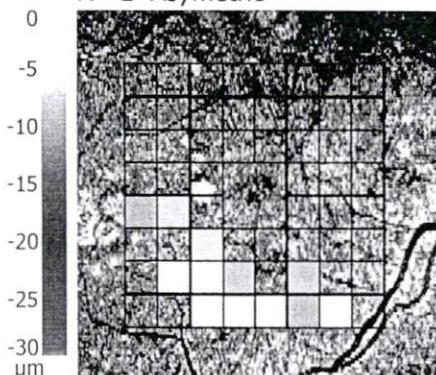
GCL+IPL deviation



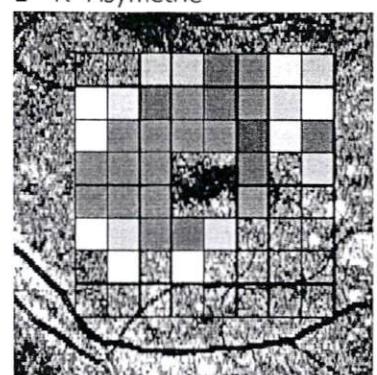
S - I Asymétrie de l'hémisphère



R - L Asymétrie



L - R Asymétrie



200
175
150
125
100
75
50
25
0 µm

50
30
10
-10
-30
-50 %

0
-5
-10
-15
-20
-25
-30 µm

Nom: **EL KHAIER ABDELWAHED**

ID: **1772728363**

DOB: **01-01-1950**

Age: **71**

Exam date: 12-01-2021

Sexe: **Mâle**

Oeil: **Tous**

Commentaires:

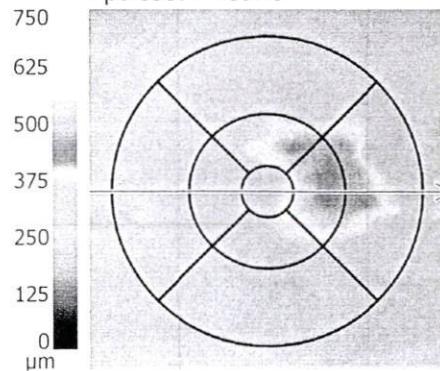
Clinique De L'oeil
544, boulevard Panoramique,
Californie, Casablanca, Maroc
+212.522.86.46.18/19/20,
+212.522.29.66.00/60



R

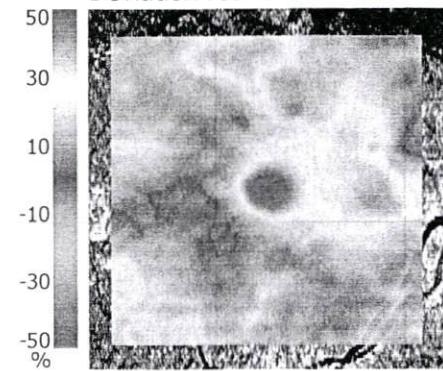
12-01-2021 10:02:20 QI: 10
3D 7x7 mm

Epaisseur Rétine

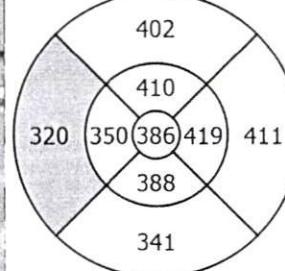
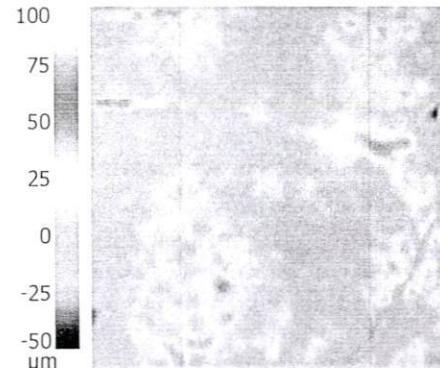


RÉTINE | DEUX YEUX | RÉTINE

Déviation rétine



Déformation RPE



1/3/6 mm

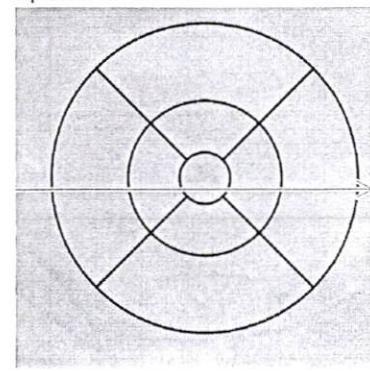
Maximum

ILM - OS/RPE mesures	R	L	Diff (D-G)
Minimum in Fovea [μm]	336	233	103
Secteur central [μm]	363	254	109
Epaisseur zone [μm]	322	280	42
Volume [mm ³]	9.10	7.91	1.19

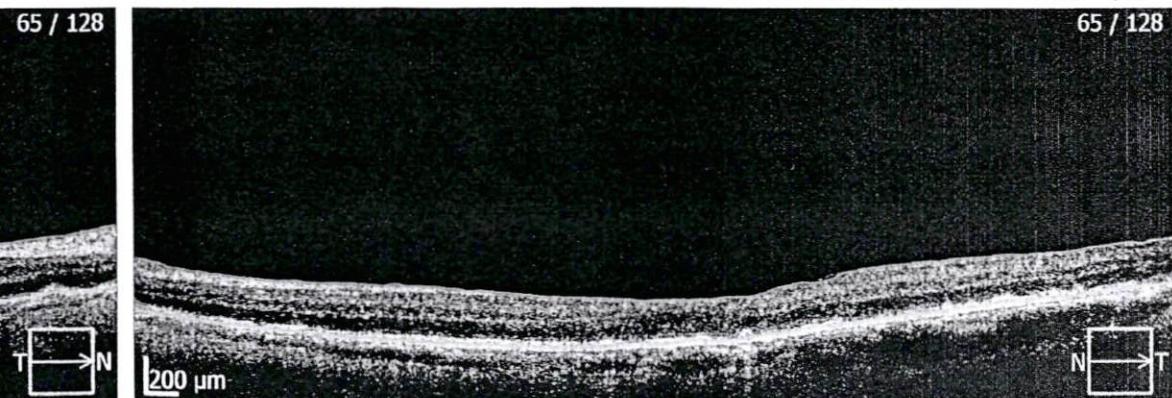
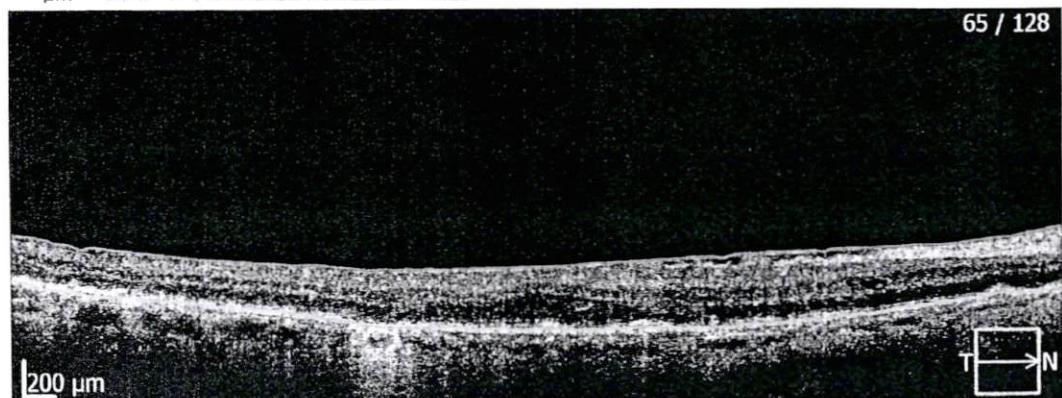
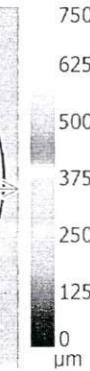
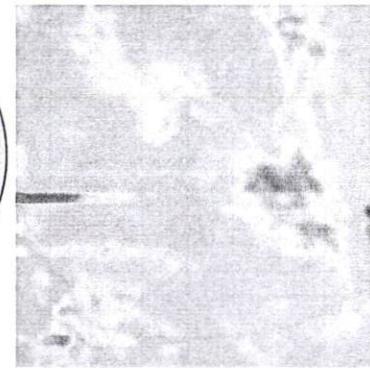
QI: 10 12-01-2021 10:04:58
3D 7x7 mm

L

Epaisseur Rétine



Déformation RPE



Nom: **EL KHAIER ABDELWAHED**

ID: **1772728363**

DOB: **01-01-1950**

Age: **71**

Exam date: 12-01-2021

Sexe: **Mâle**

Oeil: **Tous**

Commentaires:

Clinique De L'oeil
544, boulevard Panoramique,
Californie, Casablanca, Maroc
+212.522.86.46.18/19/20,
+212.522.29.66.00/60



R

12-01-2021 10:02:47 QI: 10

Radial 10x10 mm

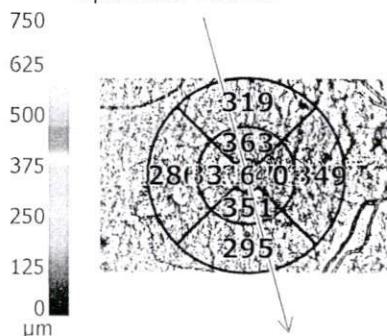
RÉTINE RADIAL | DEUX YEUX |

QI: 10 12-01-2021 10:06:07

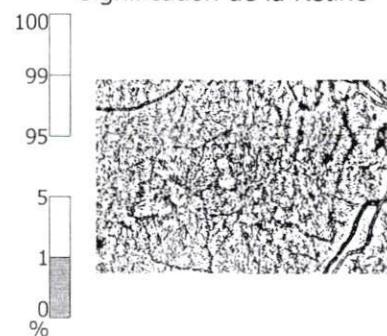
Radial 10x10 mm

L

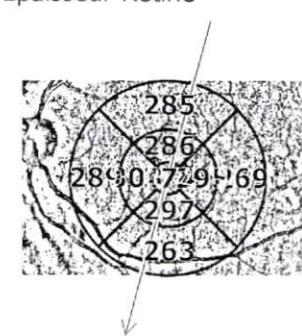
Epaisseur Rétine



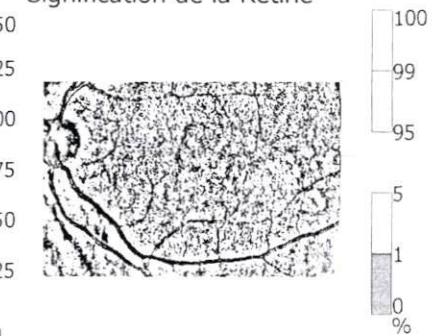
Signification de la Retine



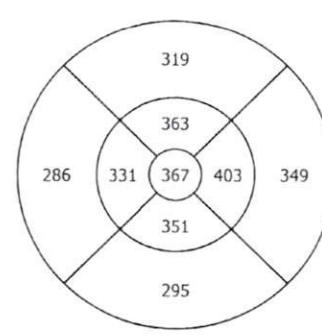
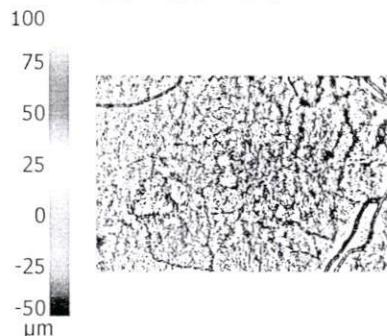
Epaisseur Rétine



Signification de la Retine



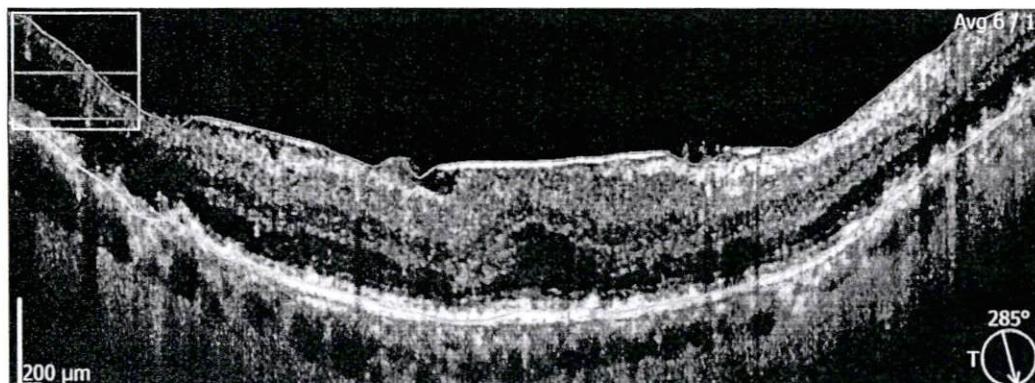
Déformation RPE



ILM - OS/RPE mesures	R	L	Diff (D-G)
Minimum in Fovea [μm]	340	230	110
Secteur central [μm]	367	274	93
Epaisseur zone [μm]	325	281	44
Volume [mm ³]	9.18	7.93	1.25

1/3/6 mm

Moyenne



Avg 6 / 12

285°
T
N
I



200 μm

255°
N
I
T