

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.

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.

Éducation :

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

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



M 1042

Déclaration de Maladie

N° M21- 0037381

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1042

Société : RAM

68503

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AIT MERIM Brahim

Date de naissance : 01/01/1949

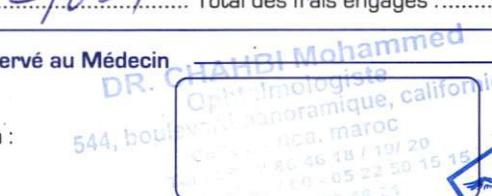
Adresse : Habituelle

Tél. : 06 89 62 98 54

Total des frais engagés : 1200.00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 12/04/2021

Nom et prénom du malade : ZARRIT Fatima

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Affection oculaire

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 : 12/04/2021

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

INP: 090063454

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
17/04/2021	CS	2000	2000	Dr. Chafik Mohammed Dentiste, Chirurgien-dentiste, endodontiste, Maroc 544, boulevard Hassan II, Casablanca, Maroc Téléphone: +212 52 22 05 22 55 45 Fax: +212 52 22 05 22 55 45

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
	14/04/2021	OCT maculae	1000,-

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

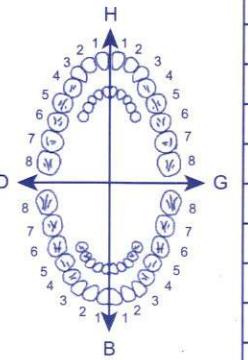
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canalaire, ainsi que le bilan de

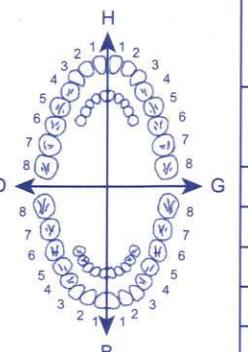
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX



O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	00000000	00000000
B	35533411	11433553



(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

CŒFFICIENT DES TRAVAUX

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

Casablanca le 12/04/2021

DR. CHAHMI MOHAMMED
544, boulevard Panoramique, Casablanca, Maroc
05 22 28 86 46 21 05 22 50 15 15
Fax: 05 22 28 86 46 21 05 22 50 15 15

M. ZARRIT
Dr. CHAHMI MOHAMMED
Opticien, optogiste
544, boulevard Panoramique, Casablanca, Maroc
05 22 28 86 46 21 05 22 50 15 15
Fax: 05 22 28 86 46 21 05 22 50 15 15

Fatima
ép Ait merrim

Optimal vision

DR. CHAHMI MOHAMMED
544, boulevard Panoramique, Casablanca, Maroc
05 22 28 86 46 21 05 22 50 15 15
Fax: 05 22 28 86 46 21 05 22 50 15 15

CLINIQUE DE L'OEIL CALIFORNIE
544, boulevard Panoramique, Casablanca, Maroc
05 22 28 86 46 21 05 22 50 15 15
Fax: 05 22 28 86 46 21 05 22 50 15 15



544, Boulevard Panoramique, Casablanca, Maroc
Patente N°: 34082698 - Identifiant Fiscal N°: 37521862
ICE N°: 002281194000046 - RC N°: 434621 - CNSS: 1563901

+212 522 50 15 15
+212 522 86 46 18
+212 522 86 46 19
+212 522 86 46 20
+212 522 29 66 00 / 60
+212 522 86 46 21
info@clinic-oeil.com
www.clinic-oeil.com



NOTE D'HONORAIRES

Casablanca le 14/04/.....

le Docteur.....

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

M. ZARRIT Fatima ep. AIT MERIN

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

OCT maculae

Soit la somme de 1000,-

..... 2 mille DH

Dhs

Cachet et signature

CLINIQUE DE L'OEIL CALIFORNIE
544, boulevard Panoramique, Casablanca, Maroc
Casablanca, Maroc
Tel.: 05 22 29 66 60 70 Fax.: 05 22 29 66 15 15
05 22 29 66 60 70 05 22 29 66 21
Fax.: 05 20 86 46 21

Nom: **ZARRIT FATIMA**

ID: **1298746556**

DOB: **01-01-1950**

Age: **71**

Exam date: 14-04-2021

Sexe: **Femelle**

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

14-04-2021 09:55:23 QI: 8

Radial 10x10 mm

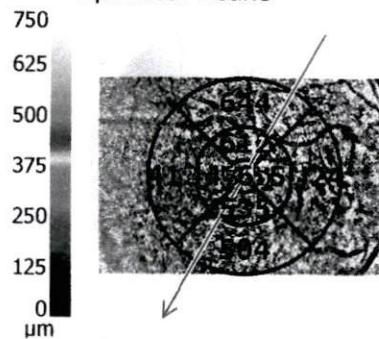
RÉTINE RADIAL | DEUX YEUX |

QI: 7 14-04-2021 09:55:54

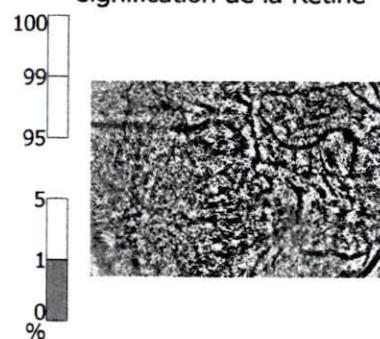
Radial 10x10 mm



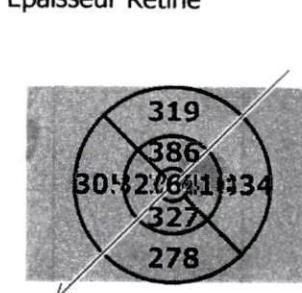
Epaisseur Rétine



Signification de la Retine



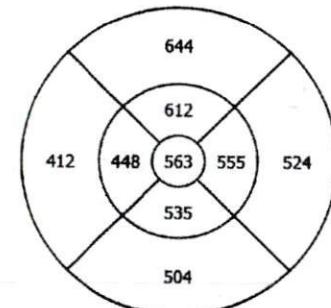
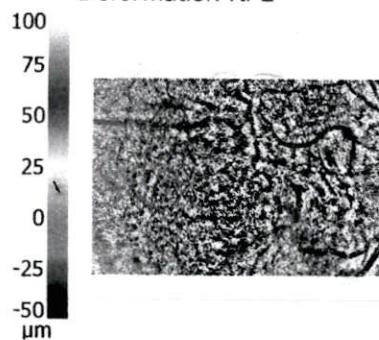
Epaisseur Rétine



Signification de la Retine



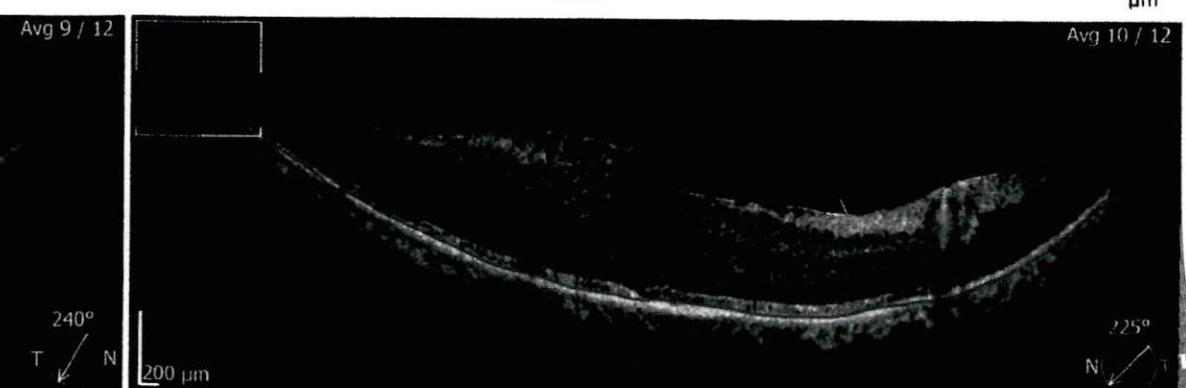
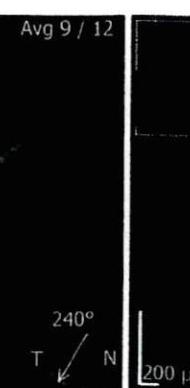
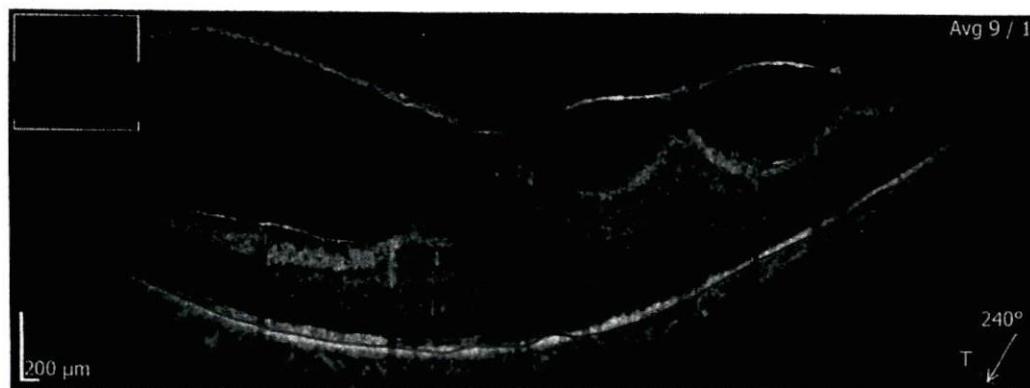
Déformation RPE



ILM - OS/RPE mesures	R	L	Diff (D-G)
Minimum in Fovea [µm]	98	296	-198
Secteur central [µm]	563	364	199
Epaisseur zone [µm]	525	322	203
Volume [mm ³]	14.84	9.11	5.73

1/3/6 mm

Moyenne



Nom: **ZARRIT FATIMA**

ID: **1298746556**

DOB: **01-01-1950**

Age: **71**

Exam date: 14-04-2021

Sexe: Femelle

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

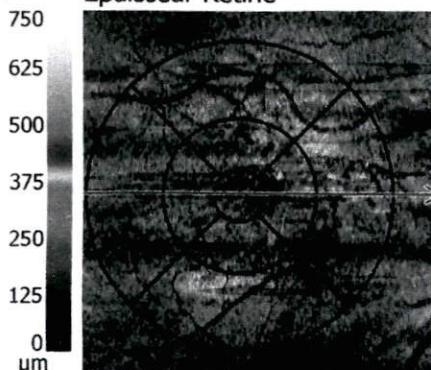


R

14-04-2021 09:55:05 QI: 8

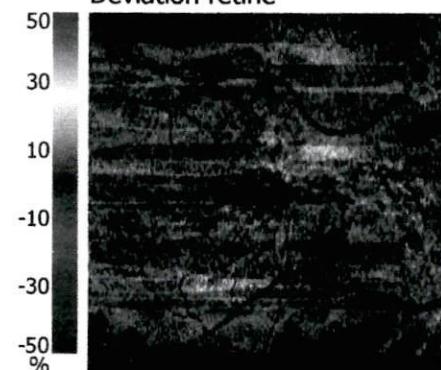
3D 7x7 mm

Epaisseur Rétine

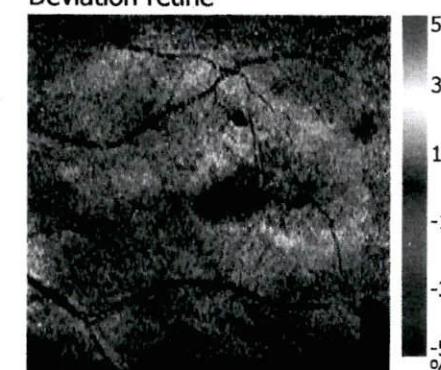


RÉTINE | DEUX YEUX | RÉTINE

Déviation rétine



Déviation rétine

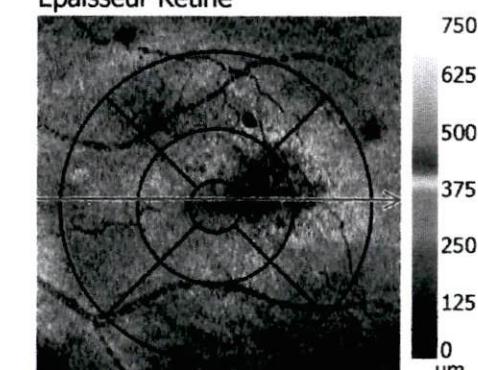


QI: 8 14-04-2021 09:56:30

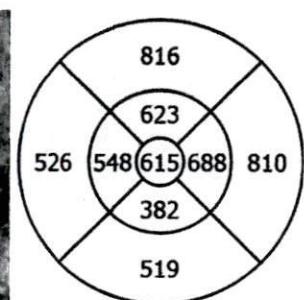
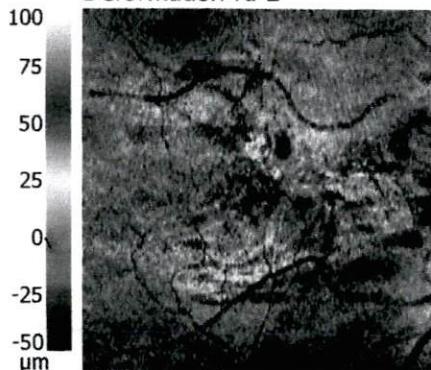
3D 7x7 mm

L

Epaisseur Rétine



Déformation RPE

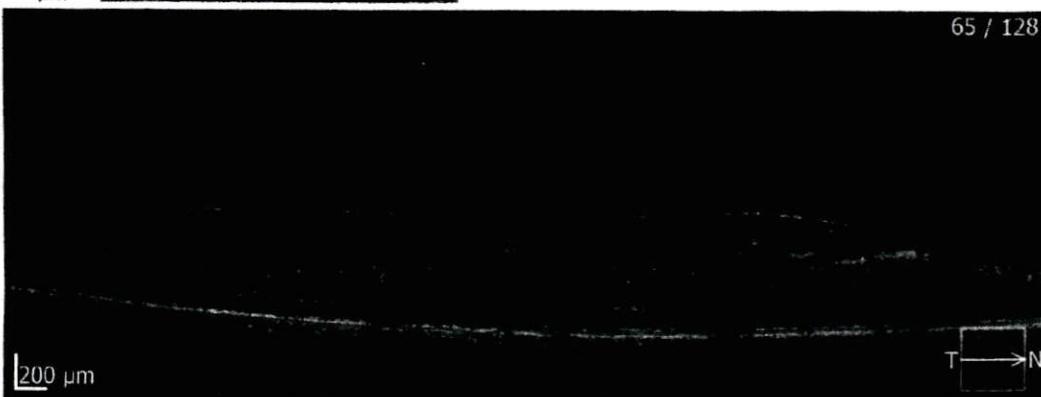


ILM - OS/RPE mesures	R	L	Diff (D-G)
Minimum in Fovea [μm]	213	296	-83
Secteur central [μm]	408	351	57
Epaisseur zone [μm]	329	325	4
Volume [mm ³]	9.29	9.19	0.10

Maximum

1/3/6 mm

65 / 128



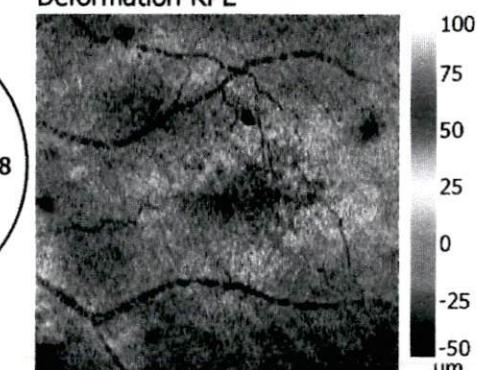
200 μm

T → N

200 μm

N → T

Déformation RPE



65 / 128

Nom: **ZARRIT FATIMA**

ID: **1298746556**

DOB: **01-01-1950**

Age: **71**

Exam date: **14-04-2021**

Sexe: **Femelle**

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

14-04-2021 09:55:23 QI: 8

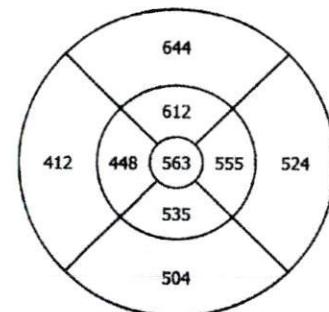
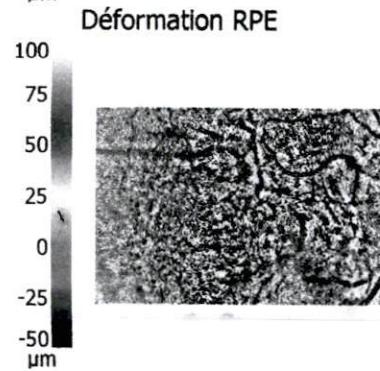
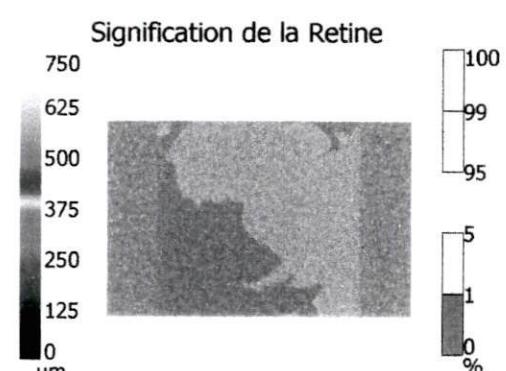
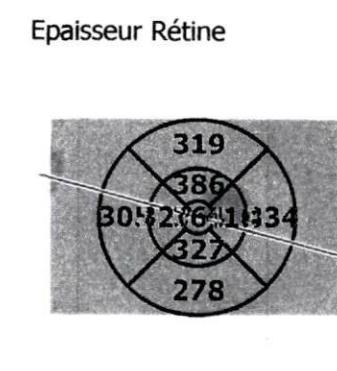
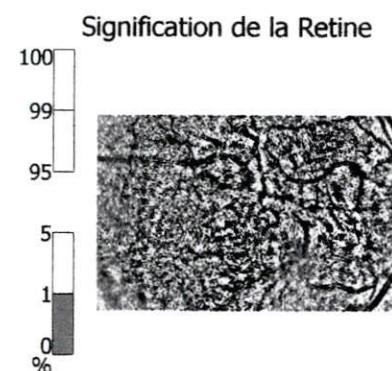
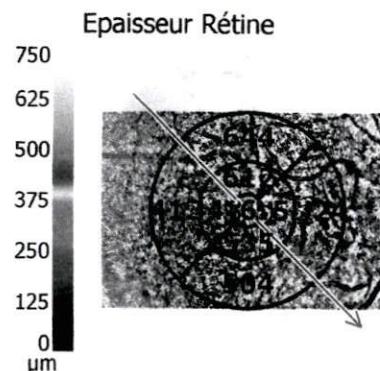
Radial 10x10 mm

RÉTINE RADIAL | DEUX YEUX |

QI: 7 14-04-2021 09:55:54

Radial 10x10 mm

L



ILM - OS/RPE mesures	R	L	Diff (D-G)
Minimum in Fovea [μm]	98	296	-198
Secteur central [μm]	563	364	199
Epaisseur zone [μm]	525	322	203
Volume [mm^3]	14.84	9.11	5.73

Moyenne

