

# 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.

## Diagnostique 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

Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## 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. : 0689629854 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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



INP: 090063454

## 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
12/04/2021	CS	200	200,-	DR. CHAHBI Mohammed

## 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
	14/04/2021	OCT maculaire	1.000,-

## AUXILIAIRES MEDICAUX

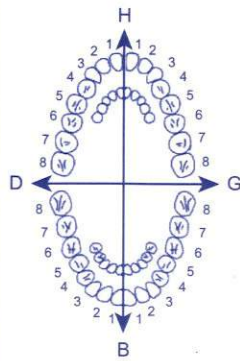
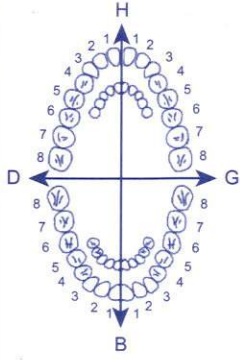
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

## 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>	
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



ORDONNANCE

Casablanca le 12/04/2021

M. ZARRIT Fatima  
ép AIT MERIM

Opération manuelle



**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 maculaire

Soit la somme de 1000,-

de mille Dhs

Dhs

Cachet et signature

CLINIQUE DE L'OEIL CALIFORNIE  
544, boulevard panoramique, californie,  
casablanca, maroc  
Tel: 05 22 29 65 60 / 05 22 60 15 15  
Fax: 05 22 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,  
California, 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 |

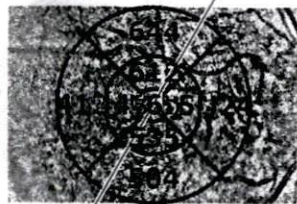
QI: 7 14-04-2021 09:55:54

Radial 10x10 mm

**L**

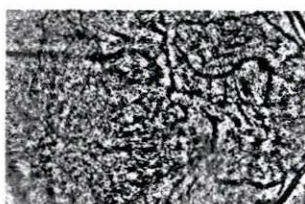
Epaisseur Rétine

750  
625  
500  
375  
250  
125  
0  
μm



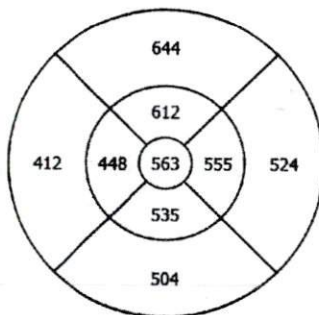
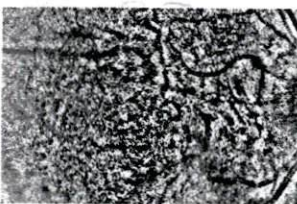
Signification de la Retine

100  
99  
95  
5  
1  
0  
%



Déformation RPE

100  
75  
50  
25  
0  
-25  
-50  
μm



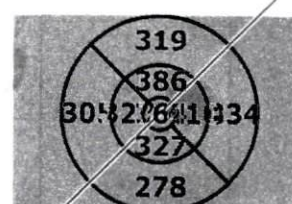
ILM - OS/RPE mesures	R	L	Diff (D-G)
Minimum in Fovea [μm]	98	296	-198
Secteur cenral [μm]	563	364	199
Epaisseur zone [μm]	525	322	203
Volume [mm <sup>3</sup> ]	14.84	9.11	5.73

1/3/6 mm

Moyenne

Epaisseur Rétine

750  
625  
500  
375  
250  
125  
0  
μm



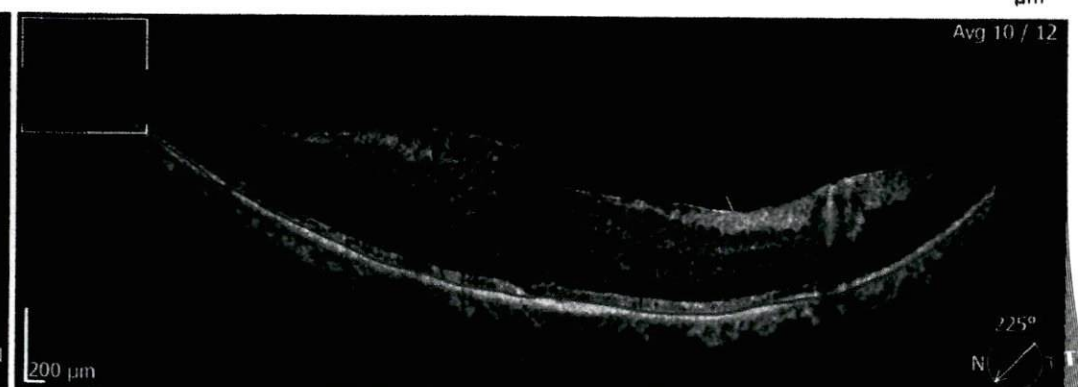
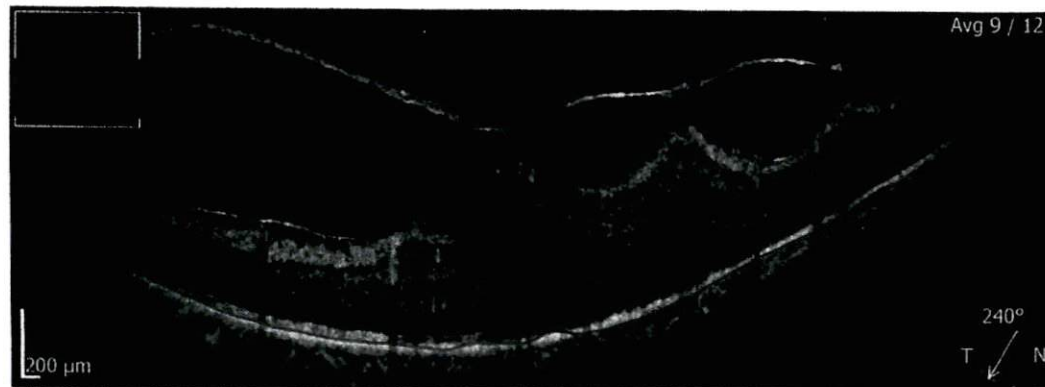
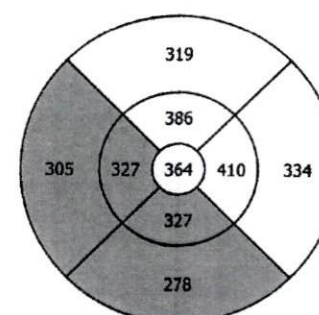
Signification de la Retine

100  
99  
95  
5  
1  
0  
%



Déformation RPE

100  
75  
50  
25  
0  
-25  
-50  
μm



Nom: **ZARRIT FATÍMA**

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,  
California, Casablanca, Maroc  
+212.522.86.46.18/19/20,  
+212.522.29.66.00/60

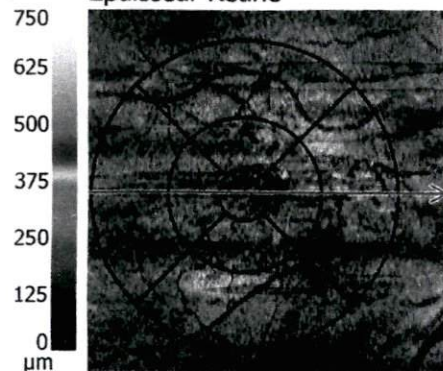


**R**

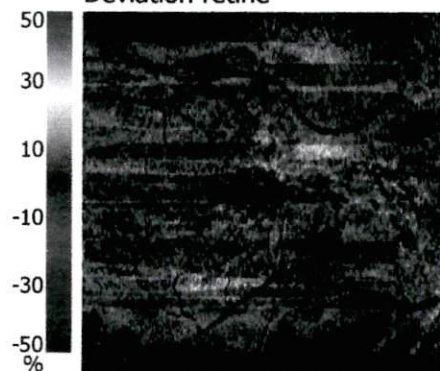
14-04-2021 09:55:05 QI: 8

3D 7x7 mm

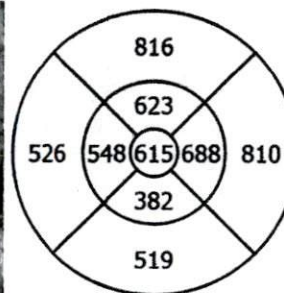
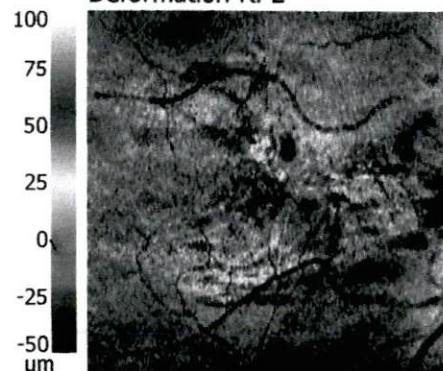
Epaisseur Rétine



Déviatiun rétine



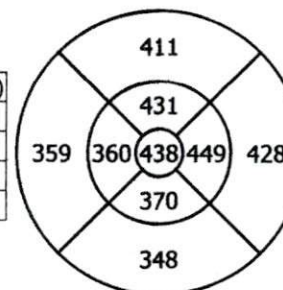
Déformation RPE



1/3/6 mm

Maximum

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

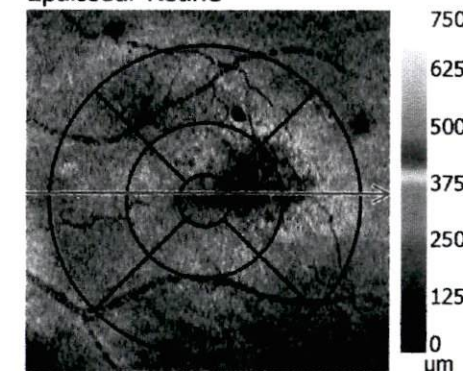


QI: 8 14-04-2021 09:56:30

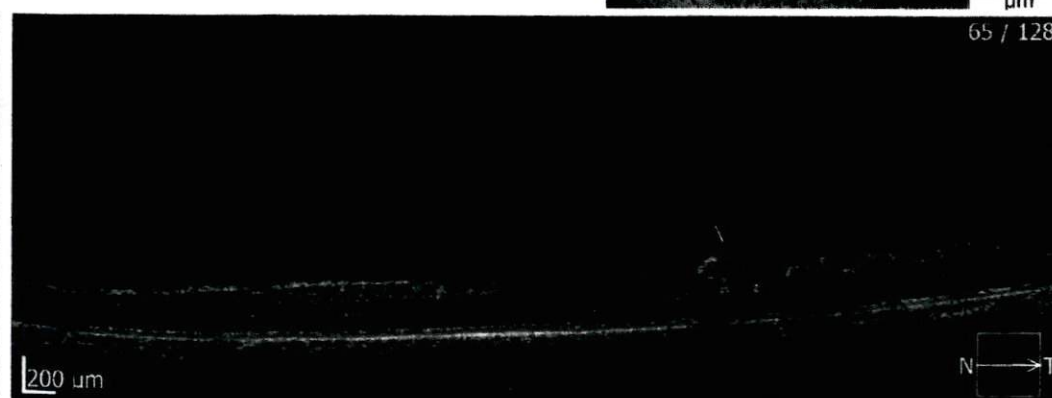
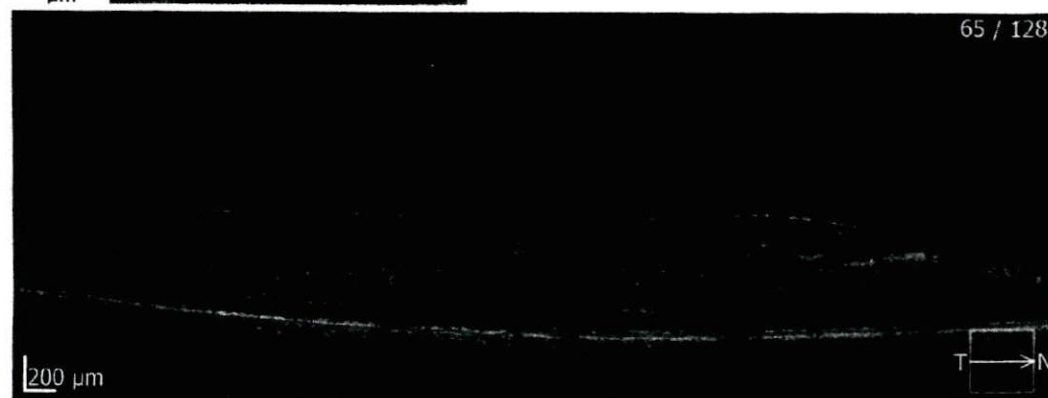
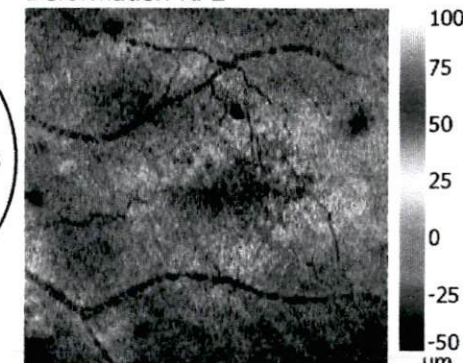
3D 7x7 mm

**L**

Epaisseur Rétine



Déformation RPE





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 |

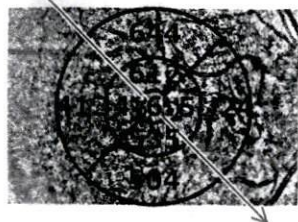
QI: 7 14-04-2021 09:55:54

Radial 10x10 mm

**L**

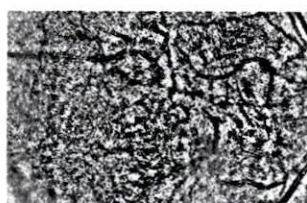
Epaisseur Rétine

750  
625  
500  
375  
250  
125  
0  
μm



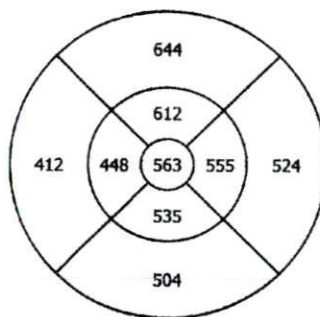
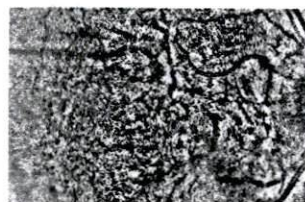
Signification de la Retine

100  
99  
95  
5  
1  
0  
%



Déformation RPE

100  
75  
50  
25  
0  
-25  
-50  
μm



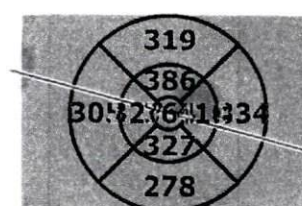
ILM - OS/RPE mesures	R	L	Diff (D-G)
Minimum in Fovea [μm]	98	296	-198
Secteur central [μm]	563	364	199
Epaisseur zone [μm]	525	322	203
Volume [mm <sup>3</sup> ]	14.84	9.11	5.73

1/3/6 mm

Moyenne

Epaisseur Rétine

750  
625  
500  
375  
250  
125  
0  
μm



Signification de la Retine

100  
99  
95  
5  
1  
0  
%



Déformation RPE

100  
75  
50  
25  
0  
-25  
-50  
μm

