

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

- 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.

N° W19-429454

7-685

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricole : 00858		Société : Royal M	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	12 MAI
Nom & Prénom : CHAKIB MOHAMED		Date de naissance : 06/02/48	
Adresse : Chellali		Tél. : 0663644886 Total des frais engagés : 1378 Dhs	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	Docteur CHAKIB Chafik Ophtalmologiste 82, Rue Soumaya (Immeuble RENAULT) Quartier des Palmiers - Casablanca Tél: 05 22 23 30 53 - 05 22 25 83 70 05 22 98 47 84
Date de consultation :	CHAKIB Mohamed
Nom et prénom du malade :	Age:
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 : Casab

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 12/05/2021

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
04/05/2021	Gy	1	300,00 DLS	INP: INP: 091040931 

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	82, Rue du Maréchal Joffre Montant de la facture : 22.23.30.53 - C Tél: 05.22.23.30.53 C5 22 98 47
<p>Siham CASABLANCA 22-05-94</p> <p>Pharmacie Siham mariya Angle Rue 31-34 N°82 Hay Inara - Casablanca Tél: 022.52.63.03</p>		<p>STP</p> <p>1</p>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 Angle Rue Mohamed V n° 100 et Mansard Quartier Panthénor Casablanca T 05 22 25 00 01	10/10/2021 Oct		1000 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	JNP : <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"/>								
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>								
		<p style="text-align: center;">H</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> </table> <p style="text-align: center;">D G</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table> <p style="text-align: center;">B</p> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Therapeutique nécessaire à la profession</p>			25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
25533412	21433552												
00000000	00000000												
00000000	00000000												
35533411	11433553												
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>								
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>								

Docteur CHELLY Chafik

Maladies et Chirurgie des Yeux

Diplômé de l'Université de Marseille

Membre de la Société Française d'Ophthalmologie

Lentilles de Contact

Angiographie rétinienne

Soins au Laser (Argon - Yag)

Chirurgie Réfractive

4 mai 2021

الدكتور الشلي شفيق

أمراض و جراحة العيون

خريج كلية الطب بمرسييليا

عضو في الجمعية الفرنسية للأمراض العيون

عدسات النظر

فحص الشبكة بالأشعة

علاج بالليزر

جراحة قصر النظر

Monsieur CHAKIB Mohamed

INDOCOLLYRE 0.1% عبار/ LOT H0052
Collyre 5ml مارس/ EXP 05-2020
ZENITH PHARMA PPV : 58.00 DHS
AMM N°155/19/DMP/21/NRQDNM تاريخ الإنتهاء 10-2021

- INDOCOLLYRE 0.1 % COLLYRE

1 goutte, le matin le midi et soir, dans l'oeil droit, pendant 15 jours



Siham MEDICAL
Pharmacie Siham
Omariya Angle Rue 31-34 N°64
Hay Inara - Casablanca
Tél: 022 52 63 03

Docteur CHELLY Chafik
Ophtalmologiste
82, Rue Soumaya (Immeuble RENAULT)
Quartier des Palmiers - Casablanca
Tél: 05 22 25 83 70 / 05 22 25 83 74

FACTURE

N° : 6612 / 2021 du 06/05/2021

OCT

Nom patient CHAKIB MOHAMED
PAYANT

Entrée 06/05/2021
Sortie 06/05/2021

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
OCT	1.00		1 000.00	1 000.00
<i>Sous-Total</i>				1 000.00
Total Clinique				1 000.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	1 000.00
MILLE DIRHAMS		

CLINIQUE AL MADINA
Angle Rue Mohamed Bahi et
Rue Mansard Quartier Palmiers
Casablanca
Tél: 05 22 77 77 40/49 - Fax: 05 22 25 00 01

Docteur CHELLY Chafik

Maladies et Chirurgie des Yeux

Diplômé de l'Université de Marseille

Membre de la Société Française d'Ophthalmologie

Lentilles de Contact

Angiographie rétinienne

Soins au Laser (Argon - Yag)

Chirurgie Réfractive

الدكتور الشلي شفيق

أمراض و جراحة العيون

خريج كلية الطب بمرسيديا

عضو في الجمعية الفرنسية للأمراض العيون

عدسات النظر

فحص الشبكة بالأشعة

علاج بالليزر

جراحة قصر النظر

4 mai 2021

Monsieur CHAKIB Mohamed

OCT MACULA OD

LE JEUDI 06 MAI 2021 A 8 H 30



A LA CLINIQUE AL MADINA
FACE AU LYCEE LE CEDRE
QUARTIER PALMIERS
TEL 05-22-77-77-40
20100 CASABLANCA



Patient: CHAKIB, MOHAMED
Physician:
Operator:
Disease:

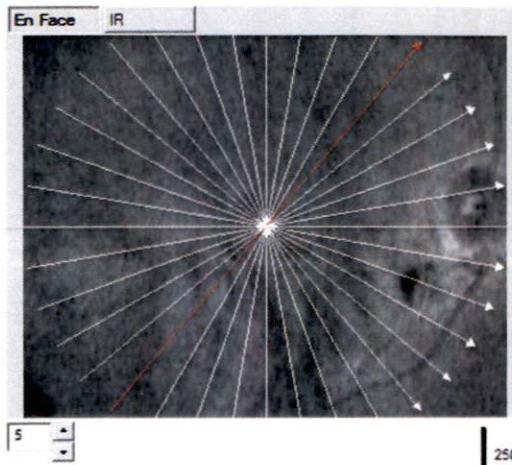
CLINIQUE AL MADINA

Gender: Male
ID:

Exam Date: 06/05/2021
DOB(age): 01/02/1948 (73)
Ethnicity: Caucasian
Algorithm Ver: A2018,1,0,33

Radial Lines Comparison Report

Scan 06/05/2021 08:56:56

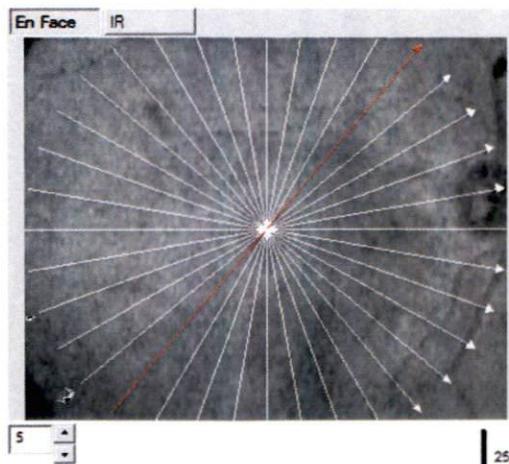
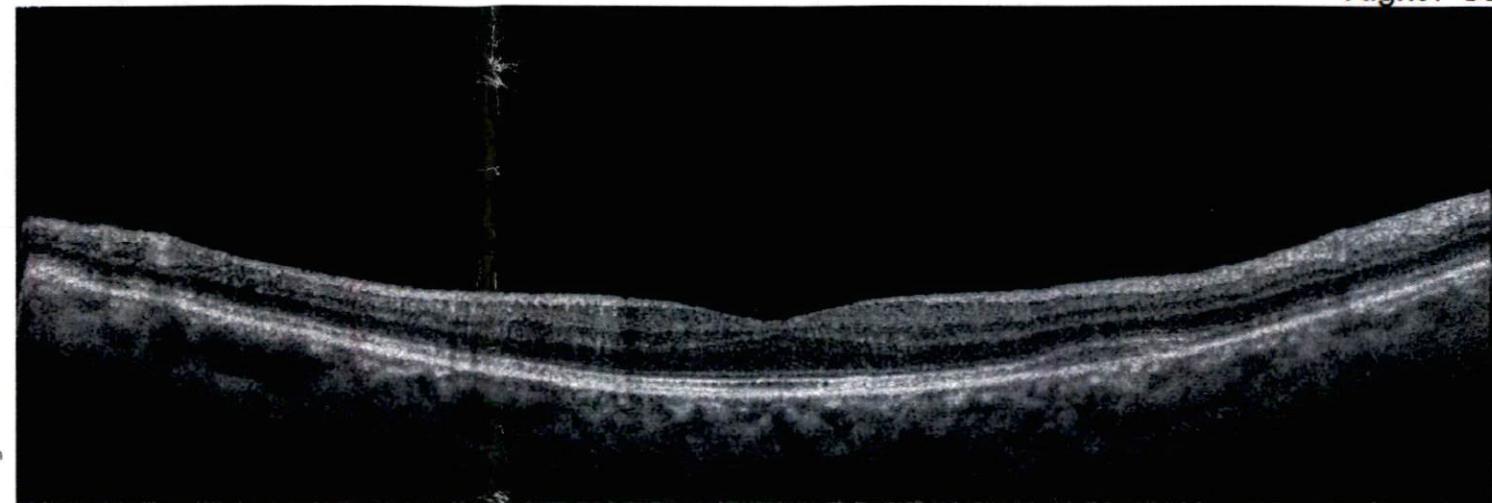


Signal Strength Index

54

10.00 Scan Size (mm)

Right / OD



Scan 26/02/2020 07:57:27

Signal Strength Index

57

10.00 Scan Size (mm)

Right / OD



Report Date: jeudi 06/05/2021 09:03:12

Software Version: 2018,1,0,33

Comment:

Signature:



Defining the OCT Revolution

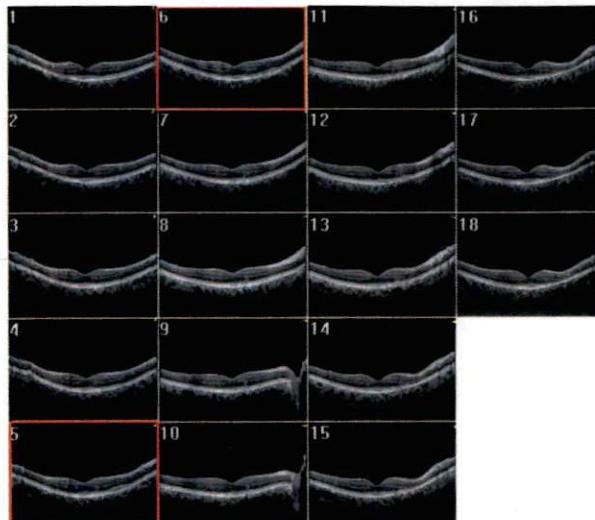
Patient: CHAKIB, MOHAMED
Physician:
Operator:
Disease:

CLINIQUE AL MADINA

Gender: Male
ID:

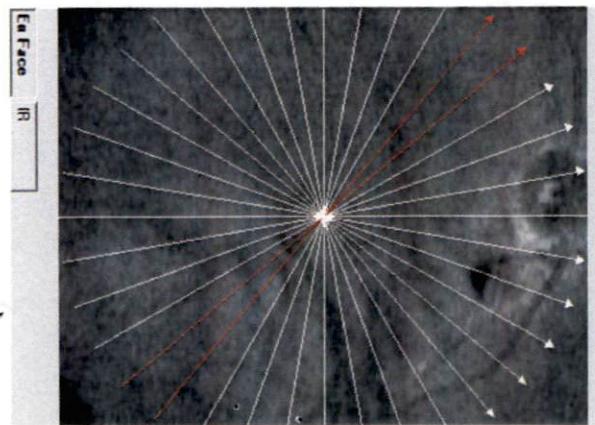
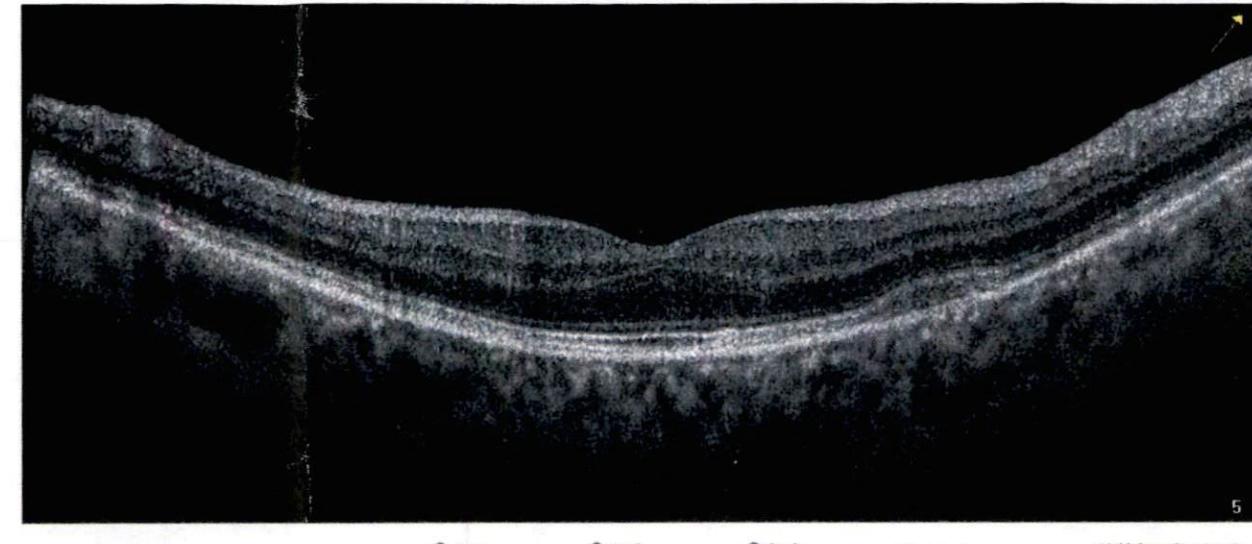
Exam Date: 06/05/2021
DOB(age): 01/02/1948 (73)
Ethnicity: Caucasian
Algorithm Ver: A2018,1,0,33

Radial Lines



Signal Strength Index 54

Right / OD



Report Date: jeudi 06/05/2021 08:59:07

Software Version: 2018,1,0,33

Comment:

Signature:

OPTOVUE

Defining the OCT Revolution

Patient: CHAKIB, MOHAMED
Physician:
Operator:
Disease:

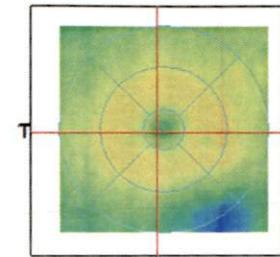
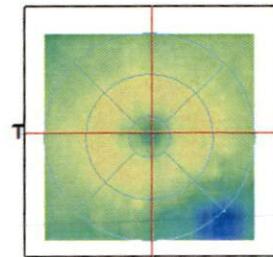
CLINIQUE AL MADINA

Gender: Male
ID:

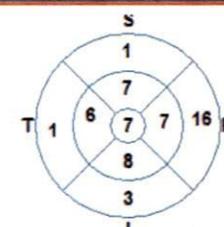
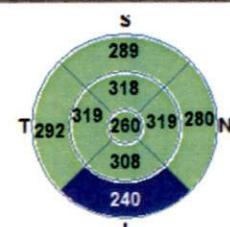
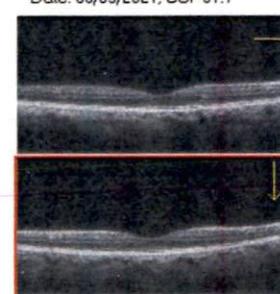
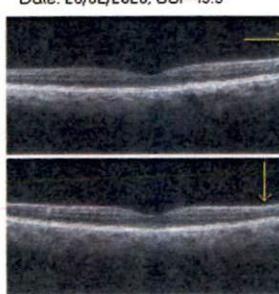
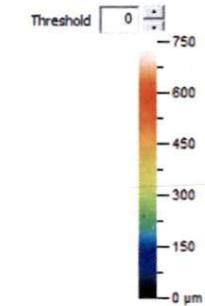
Exam Date: 06/05/2021
DOB(age): 01/02/1948 (73)
Ethnicity: Caucasian
Algorithm Ver: A2018,1,0,33

ETDRS Change

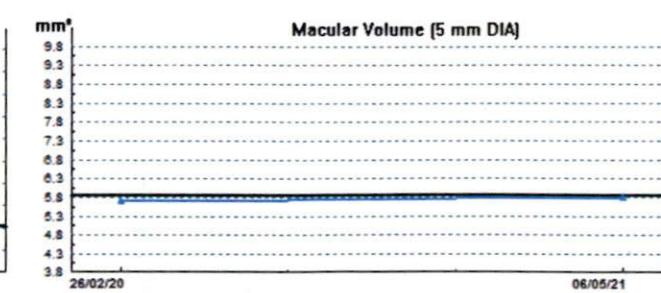
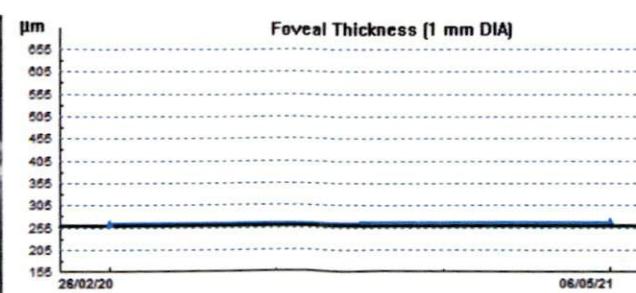
RPE Elevation



Right / OD



p > 99%
p > 95%
p > 5%
p > 1%
p < 1%



Report Date: jeudi 06/05/2021 09:05:22

Software Version: 2018,1,0,33

Comment:

Signature:

OPTOVUE

Defining the OCT Revolution

Patient: CHAKIB, MOHAMED
Physician:
Operator:
Disease:

CLINIQUE AL MADINA

Gender: Male
ID:

Exam Date: 06/05/2021
DOB(age): 01/02/1948 (73)
Ethnicity: Caucasian
Algorithm Ver: A2018.1,0,33

Retina Map



Signal Strength Index

51

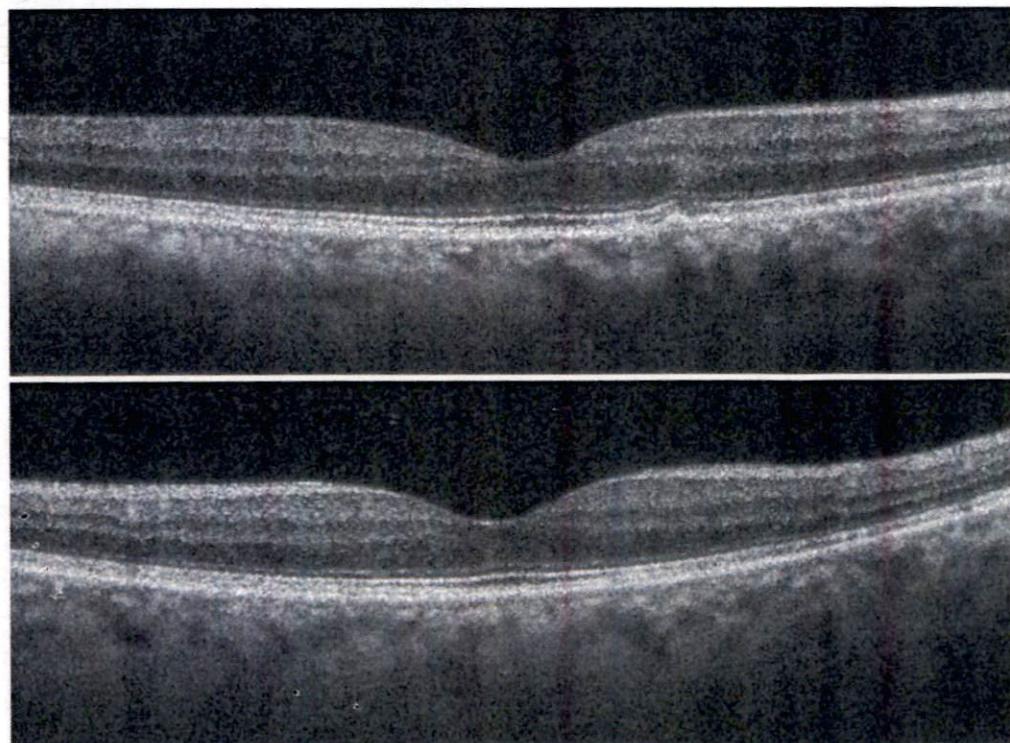
Thickness
 Full Retinal
 Inner Retinal
 Outer Retinal

Threshold

Volume

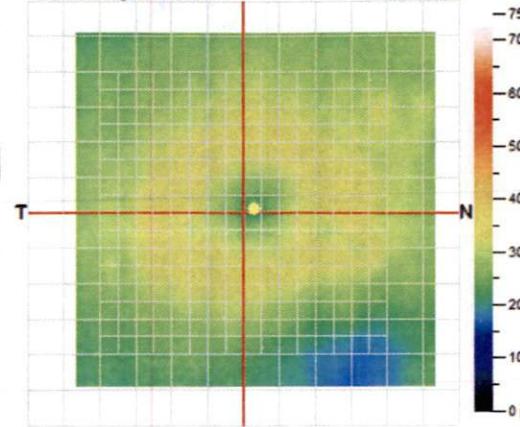
Show Boundary Curves

Auto Zoom



Thickness Map - Full Retinal

5mm x 5mm



Section	Thick (μm)	Vol(mm³)
Fovea	267	0.210
ParaFovea	323	2.029
S. Hemisphere	326	1.023
I. Hemisphere	320	1.006
Tempo	324	0.509
Superior	325	0.510
Nasal	326	0.512
Inferior	317	0.497
Perifovea	281	3.528
S. Hemisphere	295	1.852
I. Hemisphere	257	1.676
Tempo	294	0.922
Superior	290	0.911
Nasal	296	0.931
Inferior	243	0.764

Vol within: 0.210(1mm) 2.239(3mm) 5.767(5mm)

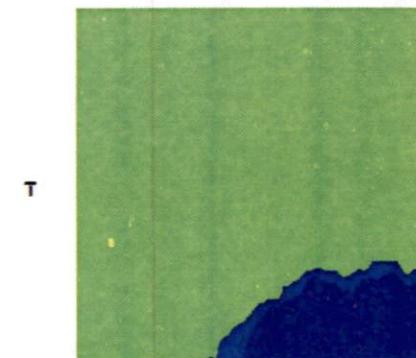
Thickness: 227 μm
(-0.06, -0.05) mm

Show HR Frames Show Lines

Map Option
 NDB Reference RPE Elevation

NDB Reference Map

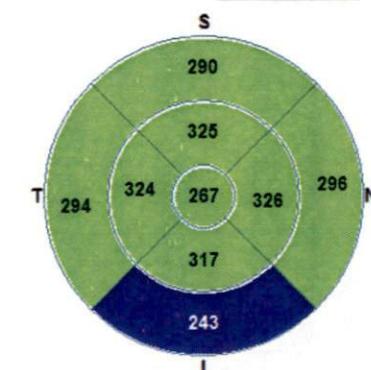
5mm x 5mm



p > 99%
p > 95%
p > 5%
p > 1%
p < 1%

Map Diameters

Fovea: 1.00 mm
Parafovea: 3.00 mm
Perifovea: 5.00 mm



Report Date: jeudi 06/05/2021 09:00:23

Software Version: 2018.1,0,33

Comment:

Signature:

Defining the OCT Revolution