

# 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.

# Déclaration de Maladie

N° W21-608678



Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

12035

Société :

Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Chiki Amass

Date de naissance :

23/09/1988

Adresse :

Quartier Almay, Résidence Amban II, Immeuble H  
App 23, Casablanca

Tél. :

0661345717

Total des frais engagés :

2000 DH

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin

28 MAI 2021

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Chiki Amass

Age : 33

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

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 sous pli confidentiel à l'att. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration de faire pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Casablanca

Le : 07/05/2021

Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-608678

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule : XL935

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

## 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
07.08.2021	Frais clinique	400,-		IN 09062914 CLINIQUE D'OPHTALMOLOGIE GUY DE CHAMONIX
0ct	Frais de clinique Anesthésie gène	600,-		

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Dr. BOUZIANE Imane		AUXILIAIRES MEDICAUX	
Ophthalmologue			
Panorama Office, IMM 13, 1 <sup>e</sup> Elage , Bureau 2 Bd Abou Bakr El Casablanca		Date des Soins	Nomb
Kadiri, Sidi Maarouf- Casablanca		07.06.2021	Frais Neds
Dr. BOUZIANE Imane			Frais De
Ophthalmologue			Ango
Panorama Office, IMM 13, 1 <sup>e</sup> Bd Abou Bakr El Casablanca			

#### VIOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## 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 d'explorations.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

# CLINIQUE NOUR D'OPHTHALMOLOGIE



مصحة النور  
للحالات العينية

## F A C T U R E

N° : 2449 du 07/05/2021

Médecin traitant : DR. BOUZIANE IMANE

OCT

Nom du patient	Modalité de paiement	Période hospitalisation
Mr CHIKI ANAS	PAYANT	07/05/21 07/05/21

Désignations des prestations	Lettres Clé	Nbre	Prix unitaire	Montant DH
FRAIS CLINIQUE OCT		1,00	400,00	400,00
<b>Sous/Total</b>				400,00
<b>Total clinique</b>				400,00
DR. BOUZIANE IMANE (ophtalmologiste)	K	1,00	600,00	600,00
<b>Sous/Total</b>				600,00
<b>Total autres prestations</b>				600,00

Arrêtée à la somme de :

MILLE DIRHAMS

**TOTAL GENERAL**

1 000,00

Encaissé esp.	Encaissé chèque	Total	Solde
1 000,00		1 000,00	



25, Route des Facultés (ex. Route El Jadida)  
Lotissement Gnymer, Oasis - Casablanca

Tél.: 05 22 23 49 89 LG - Fax : 05 22 23 49 87

E-mail : cliniquenour01@gmail.com - INPE : 090060914

Patente : 36350533 - I.F. : 40143077 - CNSS : 8282733

I.C.E. : 001685652000087

AttiaiariWafaBank : Agence Avenue 2 Mars - RIB : 007 780 000122700000605 67 التغیری وفا بنک: وكالة محج 2 مارس - التغیری البنکی :



INPE 090060914

25 ، طريق الجامعات (طريق الجديدة سابقا)  
تجزئة كنیمر- الوازین - الدار البيضاء  
الهاتف : 05 22 23 49 87 - 05 22 23 49 89 LG  
البريد الإلكتروني : cliniquenour01@gmail.com - الفاكس : 090060914  
الباتنیت : 36350533 - تج : 40143077 - صوصج : 8282733  
م.م.ش : 001685652000087  
التجاري وفا بنک: وكالة محج 2 مارس - التغیری البنکی :

# CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE



# مصحة النور للعيون

## NOTE D'HONORAIRES

Le : 12/05/2021

Références : 2449 / Payant  
Entrée / Sortie : 07/05/2021 - 07/05/2021

Le Docteur **BOUZIANE IMANE**  
OPHTALMOLOGISTE  
Patente n° :  
Adresse

a l'honneur de présenter : Mr **CHIKI ANAS**

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de  
600,00 Dhs (SIX CENTS DIRHAMS)

et le prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués.

Cachet et signature

*Dr. BOUZIANE Imane  
Ophtalmologiste  
Panorama Office, IMM 13, 1<sup>er</sup>  
Etage, Bureau 2 Bd Abou Bakr El  
Kadiri, Sidi Maarouf- Casablanca*

25, Route des Facultés (ex. Route El Jadida)  
Lotissement Gnymer, Oasis - Casablanca

Tél.: 05 22 23 49 89 LG - Fax : 05 22 23 49 87

E-mail : cliniquenour01@gmail.com - INPE : 090060914

Patente : 36350533 - I.F. : 40143077 - CNSS : 8282733

I.C.E. : 001685652000087

AttijariWafaBank : Agence Avenue 2 Mars - RIB : 007 780 0001227000000605 67 التعرف البنكي : وكالة مراجعة 2 مارس



INPE 090060914

25 ، طريق الجامعات (طريق الجديدة سابقا )

تجزئة كنيمر-الوازيس - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 23 49 89 LG - الفاكس : 05 22 23 49 87

البريد الإلكتروني : cliniquenour01@gmail.com - روممص : 090060914

الباتننا : 36350533 - تج : 40143077 - صورج : 8282733

م.ش : 001685652000087

التجاري وفا بنك: وكالة مراجعة 2 مارس - التعرف البنكي : وكالة مراجعة 2 مارس

# CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE



مصحة النور  
للبصرون

## F A C T U R E

N° : 2448 du 07/05/2021

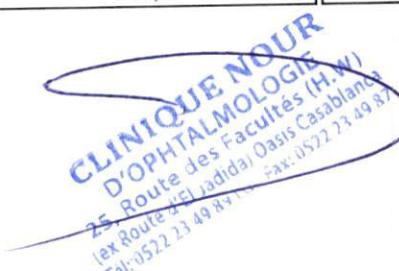
Médecin traitant : DR. BOUZIANE IMANE

ANGIOGRAPHIE

Nom du patient	Modalité de paiement	Période hospitalisation
Mr CHIKI ANAS	PAYANT	07/05/21 07/05/21

Désignations des prestations	Lettres Clé	Nbre	Prix unitaire	Montant DH
FRAIS CLINIQUE ANGIO		1,00	400,00	400,00
<b>Sous/Total</b>				400,00
<b>Total clinique</b>				400,00
DR. BOUZIANE IMANE (ophtalmologiste)	K	1,00	600,00	600,00
<b>Sous/Total</b>				600,00
<b>Total autres prestations</b>				600,00

Arrêtée à la somme de :	<b>TOTAL GENERAL</b>			1 000,00
MILLE DIRHAMS				
Encaissé esp.	Encaissé chèque	Total	Solde	
1 000,00		1 000,00		



25, Route des Facultés (ex. Route El Jadida)  
Lotissement Gnymer, Oasis - Casablanca

Tél.: 05 22 23 49 89 LG - Fax : 05 22 23 49 87

E-mail : cliniquenour01@gmail.com - INPE : 090060914

Patente : 36350533 - I.F. : 40143077 - CNSS : 8282733

I.C.E. : 001685652000087

AttijariWafaBank : Agence Avenue 2 Mars - RIB : 007 780 0001227000000605 67 التعرف البنكي : وكالة محج 2 مارس



INPE 090060914

25 ، طريق الجامعات (طريق الجديدة سابقا)  
تجزئة كنیمر-الوازيس - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 23 49 87 - الفاكس : 05 22 23 49 89 LG

البريد الإلكتروني : cliniquenour01@gmail.com - روممص : 090060914

الباتننا : 36350533 - تج : 40143077 - صوضج : 8282733

م.ش : 001685652000087

التجاري وفا بنك: وكالة محج 2 مارس - التعرف البنكي :

# CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE



# مصحة النور للعيون

## NOTE D'HONORAIRES

Le : 12/05/2021

Références : 2448 / Payant  
Entrée / Sortie : 07/05/2021 - 07/05/2021

Le Docteur **BOUZIANE IMANE**  
OPHTALMOLOGISTE  
Patente n° :  
Adresse

a l'honneur de présenter Mr **CHIKI ANAS**

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de  
**600,00 Dhs (SIX CENTS DIRHAMS)**

et le prie d'agrérer l'expression de ses sentiments distingués.

Cachet et signature

*Dr. BOUZIANE Imane  
Ophtalmologiste  
Panorama Office, IMM 13, 1<sup>er</sup>  
Etage, Bureau 2 Bd Abou Bakr E  
Kadiri, Sidi Maarouf- Casablanca*

25, Route des Facultés (ex. Route El Jadida)  
Lotissement Gnymer, Oasis - Casablanca

Tél.: 05 22 23 49 89 LG - Fax : 05 22 23 49 87

E-mail : cliniquenour01@gmail.com - INPE : 090060914

Patente : 36350533 - I.F. : 40143077 - CNSS : 8282733

I.C.E. : 001685652000087

AttiariWafaBank : Agence Avenue 2 Mars - RIB : 007 780 000122700000605 67 - التغريف البنكي :



INPE 090060914

25 ، طريق الجامعات (طريق الجديدة سابقا)  
تجزئة كنيمر- الوازيس - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 23 49 87 - الفاكس : 05 22 23 49 89 LG

البريد الإلكتروني : cliniquenour01@gmail.com - روممص : 090060914

الباتن : 36350533 - تج : 40143077 - صوضج : 8282733

م.م.ش : 001685652000087

التجاري وafa بنك: وكالة محج 2 مارس - التغريف البنكي :



ORDONNANCE

07/05/2021

Compte rendu angiographie rétinienne

PATIENT : Mr. CHIKI Anass

Age : 32 ans

7

Oeil droit:

Remplissage artéio veineux normal

Oeil gauche:

Présence d'une lésion rétinienne hyper réfléctive maculaire qui s'imprègne discrètement après l'injection de la fluorescéine en temps tardif

Présence d'une lésion hyporéflective bien limité avec un liseré hyper fluorescent périphérique en nasal de la papille d'allure sequellaire

A large, handwritten signature is overlaid on a circular stamp. The stamp contains the text 'Dr. Imane BOUZIANE' and 'Panorama Office, Immeuble 13, 1er étage, Office 2, Bd Abou Bakr El Kadiri, Sidi Maarouf - Casablanca'. The signature is written in blue ink and appears to read 'Dr. Imane BOUZIANE'.



ORDONNANCE

COMPTE RENDU OCT maculaire

07/05/2021

PATIENT : Mr. CHIKI Anass

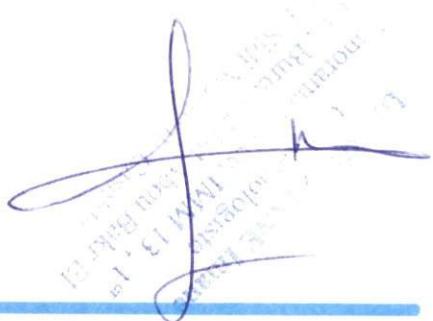
Age : 32 ans

Oeil DROIT :

- Absence d'anomalie de l'interface vitréo-maculaire
- Entonnoir fovéolaire conservé
- Absence d'épaississement maculaire
- Absence de DSR et/ou de DEP
- Hyper reflectivité normale du complexe Bruch-EP

Oeil GAUCHE :

- Absence d'anomalie de l'interface vitréo-maculaire
- Entonnoir fovéolaire conservé
- Absence d'épaississement maculaire
- Absence de DSR et/ou de DEP
- Altération de la ligne IS/ES en rétro fovéolaire





## COMPTE RENDU OCT

PATIENT : Mr. CHIKI Anass

07 /05/2021

Age : 32 ans

Médecin traitant : DR IMANE BOUZIANE

- Epaisseur moyenne des fibres optiques péri-papillaires :

- OD : 140 µm
- OG : 139 µm

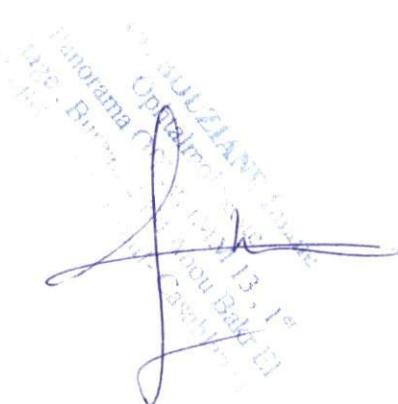
- Diagramme des épaisseurs des fibres optiques en camembert :

Supérieur OD/OG : 148 / 170

Inferieur OD/OG: 182 / 168

- Rapport C/D : OD : 0.54 OG : 0.27

- Analyse de la couche des cellules gonglionnaires : Absence de déficit significatif

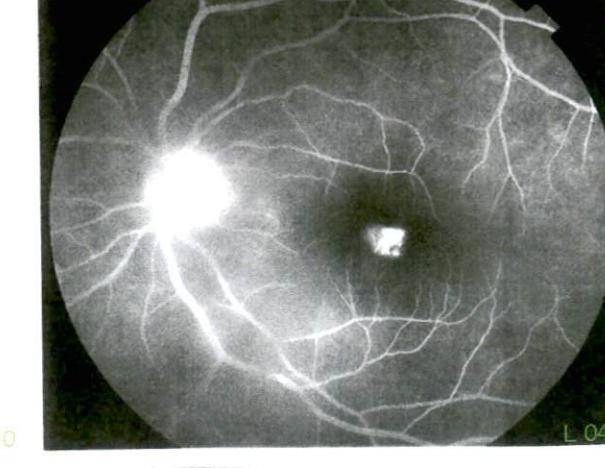
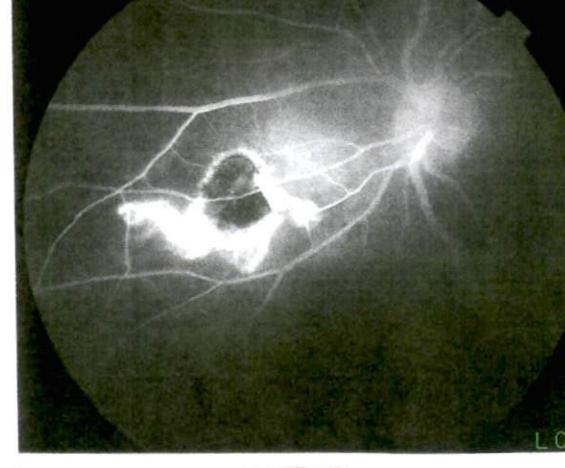
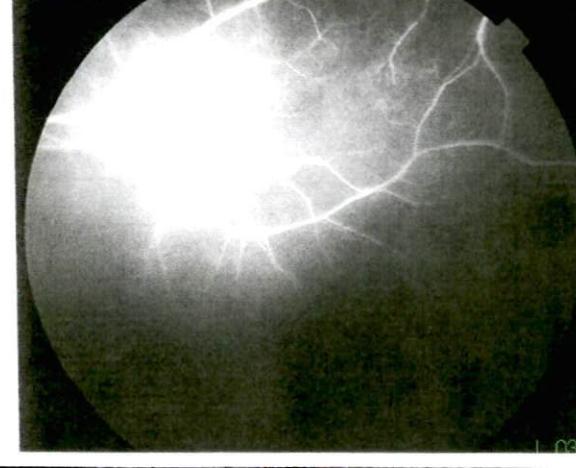
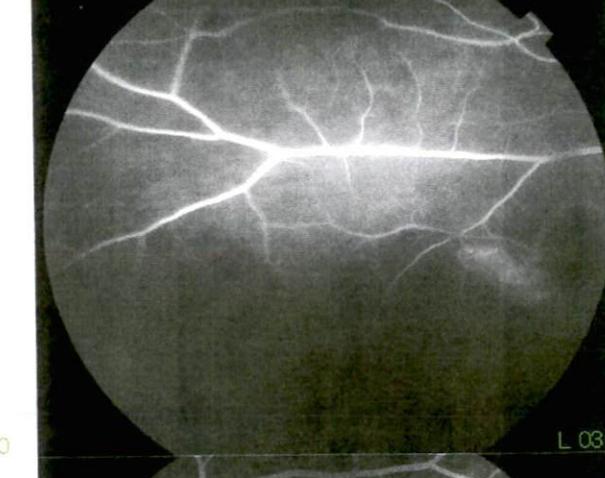
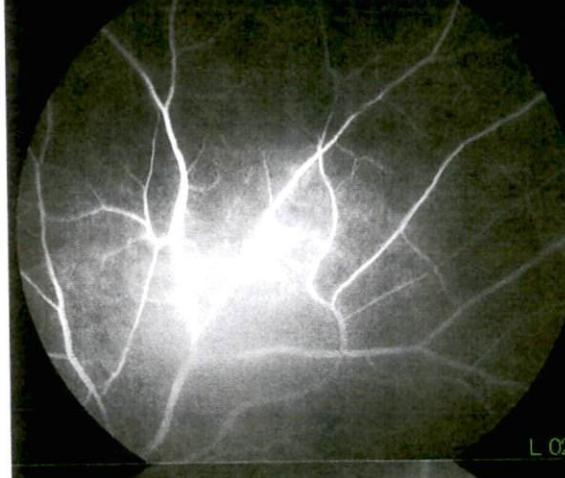
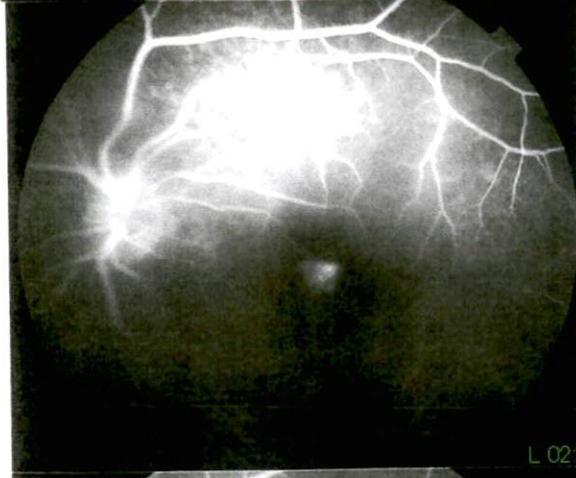
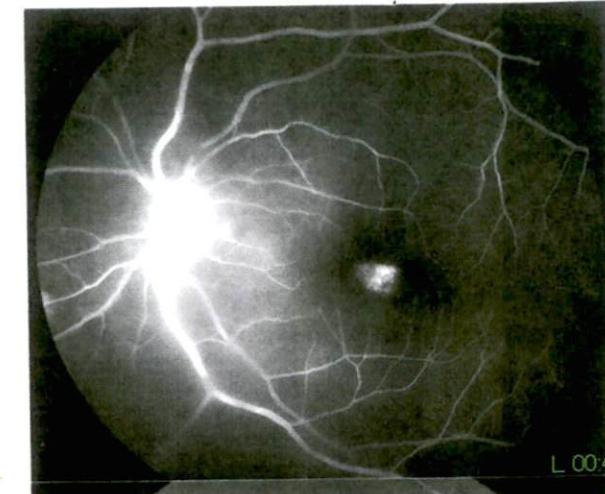


**CLINIQUE NOUR D'OPHTHALMOLOGIE CASABLANCA**

Nom du patient: CHIKI, ANASS

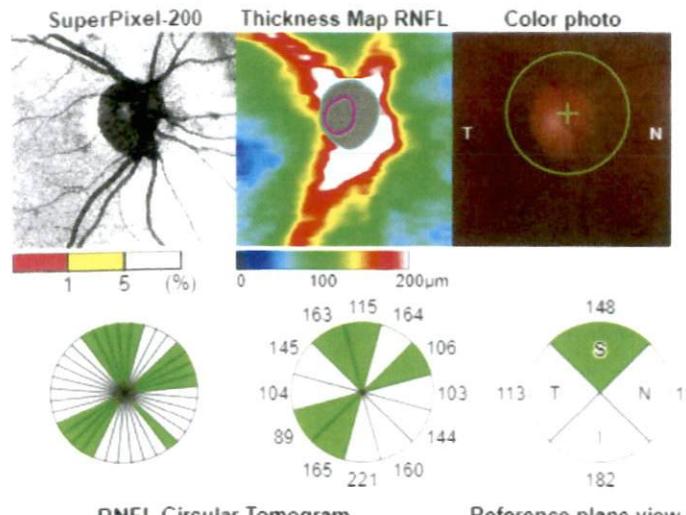
Date: 07-05-2021

Patient ID: 660



**3D Disc Report OU w/ Topography****ID: 660****Name: CHIKI ANASS****OD(R)**

Image Quality **62** Analysis mode Fine (2 0 7)  
Capture Date 2021/05/07



Triton

Ethnicity  
Gender Male  
DOB 1988/09/23 Age 32

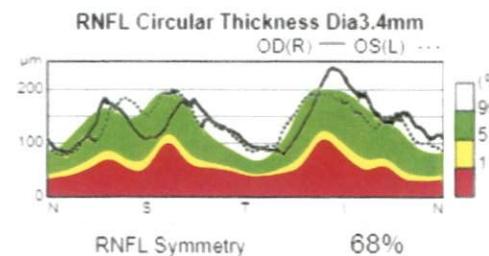
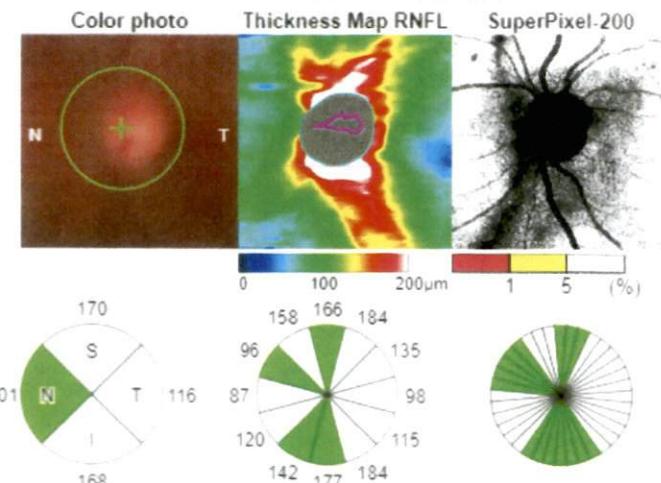
Print Date  
2021/05/07 13 12 16

**TOPCON**

Technician  
Fixation: Disc / Disc  
Scan 3D(6 0x6 0mm - 512x256)

**OS(L)**

Analysis mode Fine (2 0 7) Image Quality **33**  
Capture Date 2021/05/07

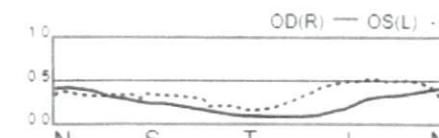
**Average thickness RNFL (μm)**

140	Total Thickness	139
148	Superior	170
182	Inferior	168

**Disc Topography**

1.72	Rim Area	(mm <sup>2</sup> )	2.98
2.39	Disc Area	(mm <sup>2</sup> )	3.35
0.53	Linear CDR		0.33
0.54	Vertical CDR		0.27
0.10	Cup Volume	(mm <sup>3</sup> )	0.01

Disc contour — Cup contour —

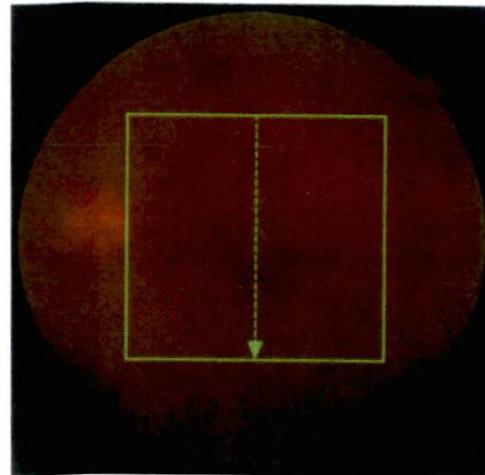
**R/D Ratio**

Disc parameters are determined at the reference plane height of (OD(R)120/OS(L)120) microns from the RPE plane in this version  
Signature Date

Comments

**Glaucoma Analysis - Macula****ID: 660****Name: CHIKI ANASS****OS(L)**

Image Quality **37** Analysis mode Fine (2 0 7)  
 Capture Date 2021/05/07

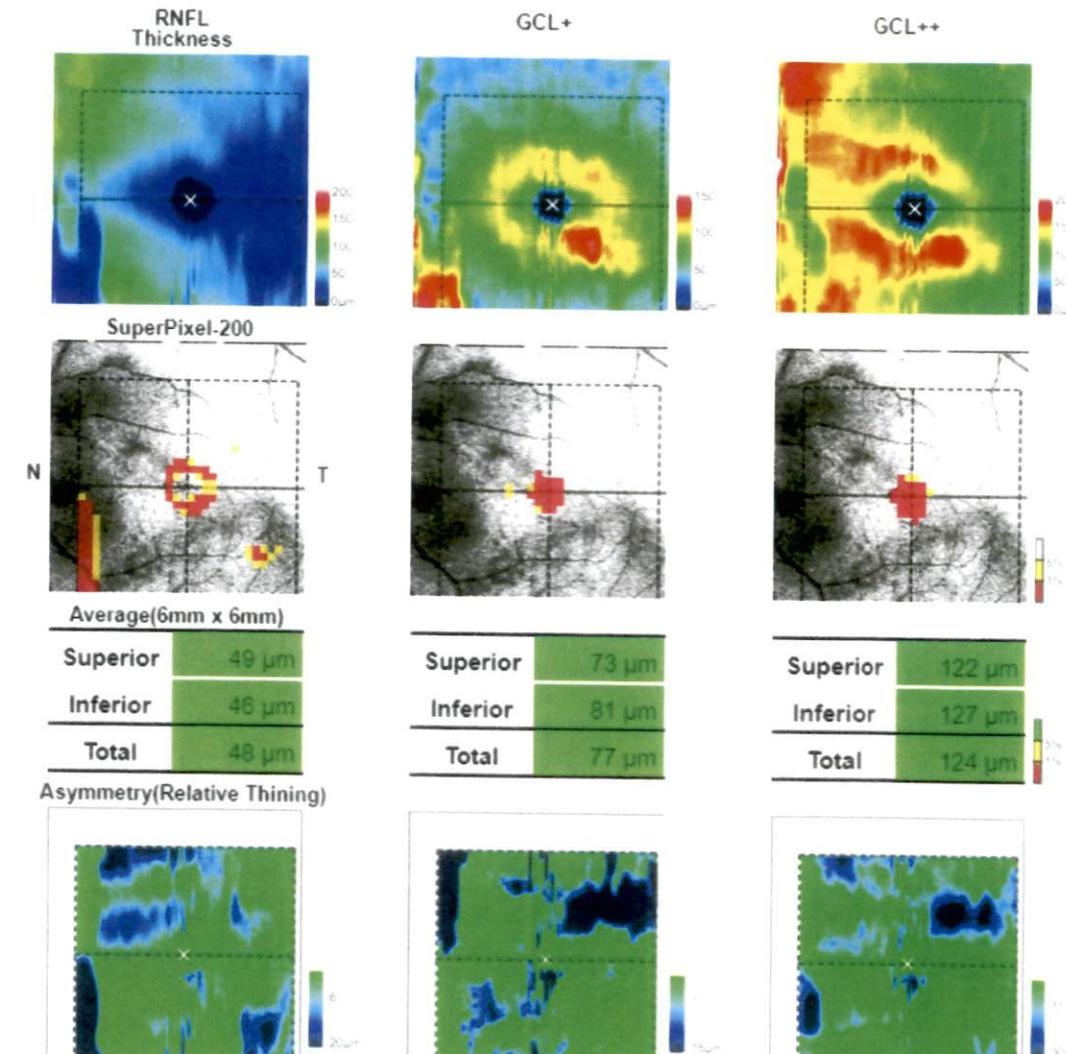


Triton

 Print Date  
 2021/05/07 13:11:25



 Ethnicity  
 Gender Male  
 DOB 1988/09/23 Age 32

 Technician  
 Fixation Macula  
 Scan 3D(V)(7.0x7.0mm - 512x128)


Comments

Signature

Date

## Glaucoma Analysis - Macula

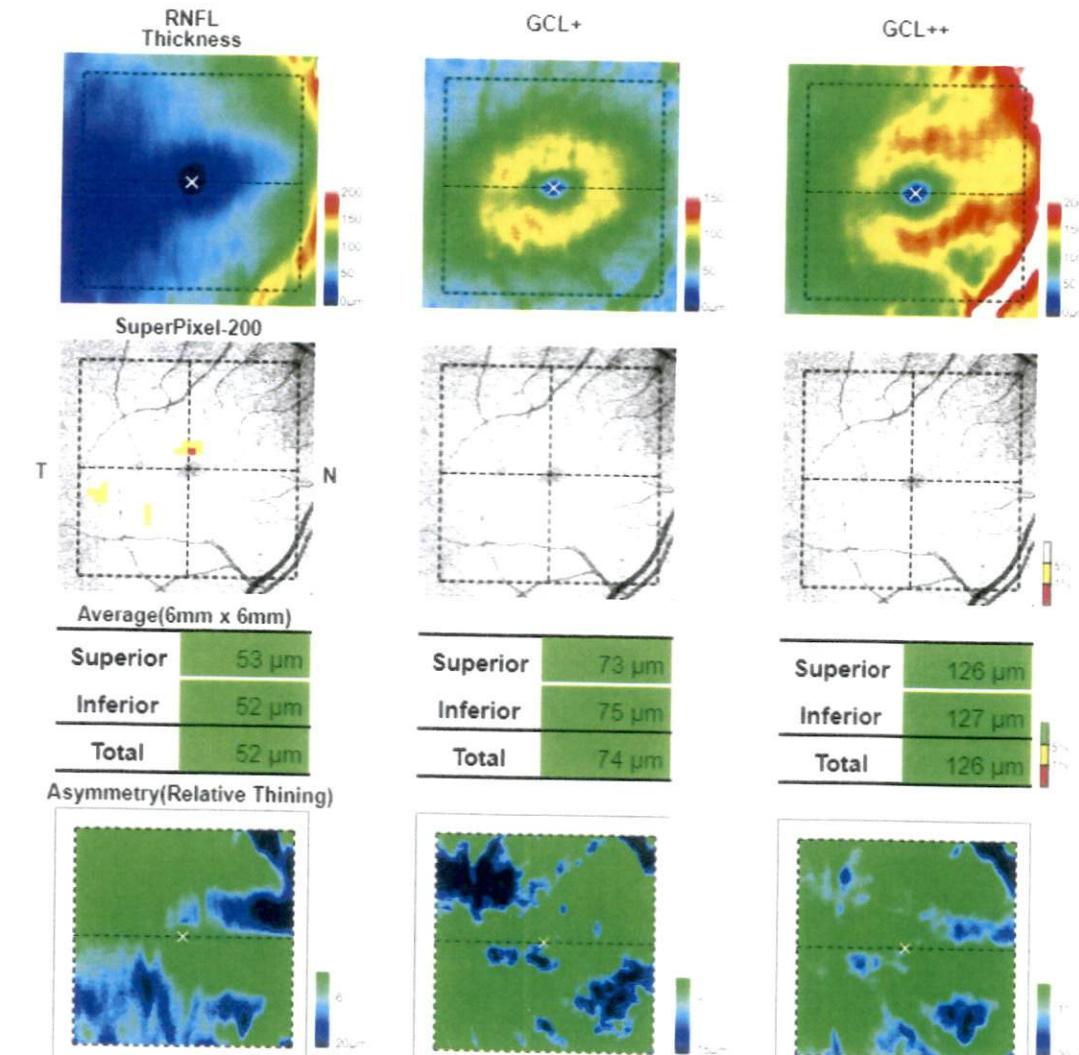
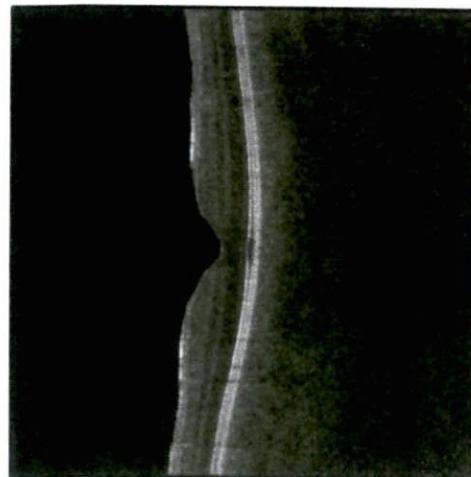
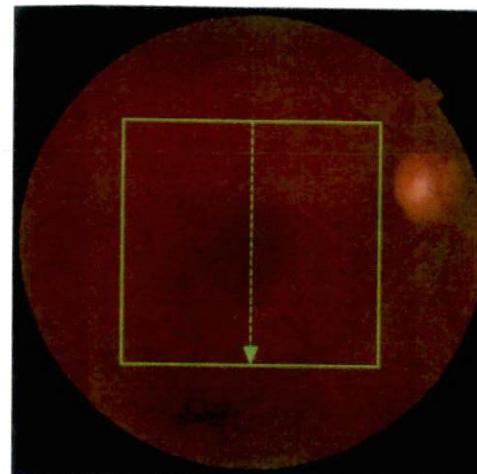
ID: 660

Name: CHIKI ANASS

OD(R)

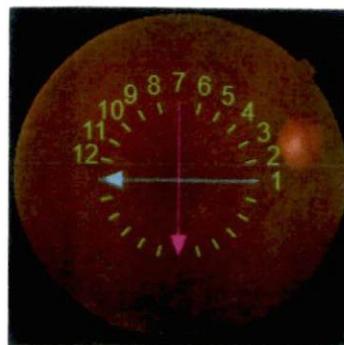
Image Quality: 59 Analysis mode: Fine (2.0.7)  
Capture Date: 2021/05/07

Triton

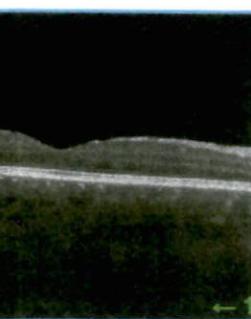
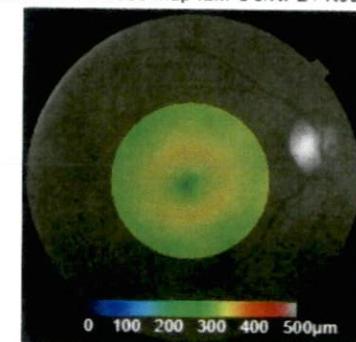
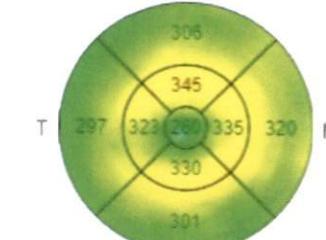
Print Date  
2021/05/07 13:11:47Ethnicity  
Gender: Male  
DOB: 1988/09/23 Age: 32Technician  
Fixation: Macula  
Scan: 3D(V)(7.0x7.0mm - 512x128)

**Radial Report OU****ID: 660****Name: CHIKI ANASS****OD(R)**

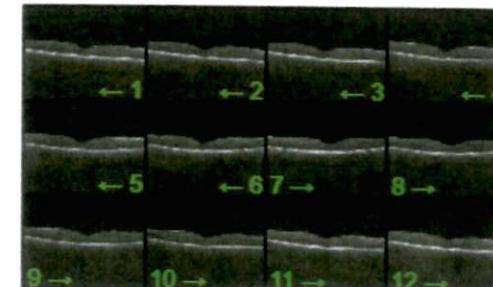
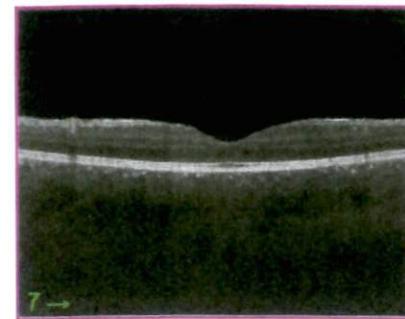
Image Quality **98** Analysis mode Fine (2 0 7)  
Capture Date 2021/05/07



Retinal thickness map ILM-OS/RPE / Red-free

Retinal thickness ILM-OS/RPE(μm)  
ETDRS

Average Thickness (μm) 310.8



Comments

Triton

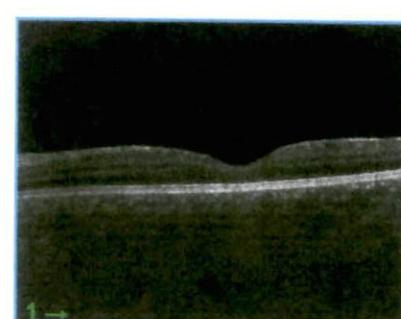
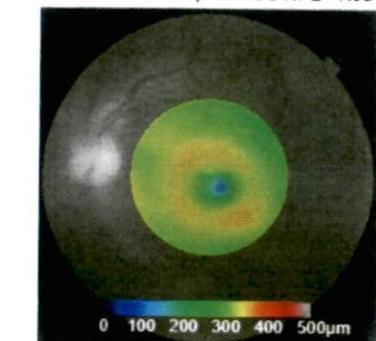
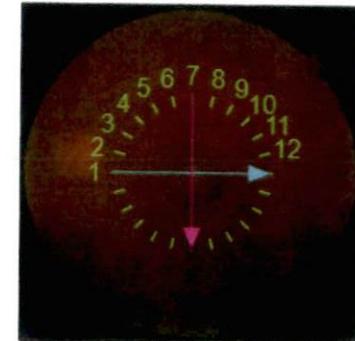
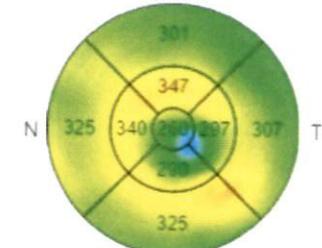
Ethnicity  
Gender Male  
DOB 1988/09/23 Age 32

Print Date  
2021/05/07 13:11:08

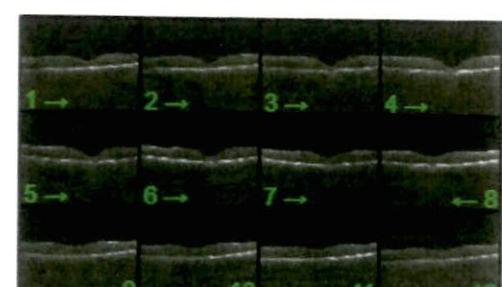
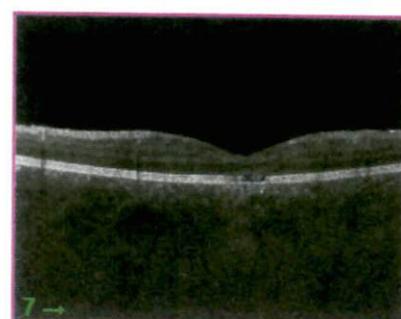
**OS(L)**

Image Quality **91** Analysis mode Fine (2 0 7)  
Capture Date 2021/05/07

Retinal thickness map ILM-OS/RPE / Red-free

Retinal thickness ILM-OS/RPE(μm)  
ETDRS

Average Thickness (μm) 313.9



Signature

Date

CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE CASABLANCA

Nom du patient:CHIKI, ANASS

Date:07-05-2021

Patient ID:660

