

# 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.

## Maladie chronique :

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.  
Le 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

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



## Déclaration de Maladie

N° P19- 062284

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2437 Société : RAM  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : BENDAOUD EL BEKKAI  
Date de naissance : 21/07/1958  
Adresse : Rue 562 N°1 Karamat  
Tél. : 06.66.12.18.80 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/02/2022  
Nom et prénom du malade : BENDAOUD EL BEKKAI Age :  
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) :

[illegible][illegible]

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

44 0, 00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	16/02/2022	OCT	1000,-
		malade	

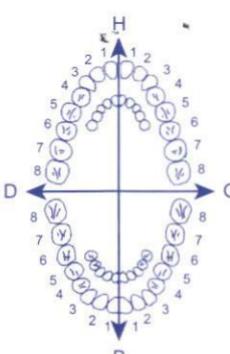
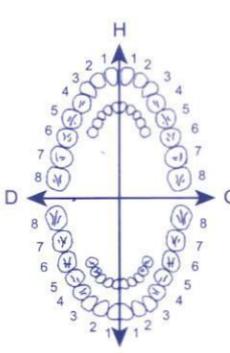
1000

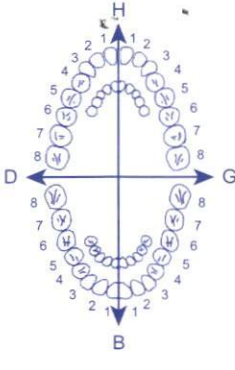
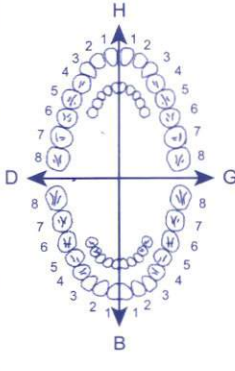
[illegible]

**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 l'odontologie.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 80%;" type="text"/>	
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 80%;" type="text"/>	
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 80%;" type="text"/>	
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 80%;" type="text"/>	
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 80%;" type="text"/>	
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412            00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;">           21433552            00000000            00000000            35533411  <b>B</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>G</b> </div> </div>				
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input style="width: 80%;" type="text"/>	
					DATE DU DEVIS <input style="width: 80%;" type="text"/>
					DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 80%;" type="text"/>

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
			
CCEFFICIENT DES TRAVAUX			
MONTANTS DES SOINS			
DEBUT D'EXECUTION			
FIN D'EXECUTION			
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE		
	<div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412    21433552            00000000    00000000  <b>D</b> ————— <b>G</b>            00000000    00000000            35533411    11433553  <b>B</b> </div> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		
CCEFFICIENT DES TRAVAUX			
MONTANTS DES SOINS			
DATE DU DEVIS			
DATE DE L'EXECUTION			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## Docteur Mohammed CHAHBI

D.E.S D'OPHTALMOLOGIE

(Maladies et Chirurgie des yeux)

Ancien interne de CRETEIL: ÂNGIO-LASER

du C.N.O des XV-XX ophtalmo-pédiatrie

de la fondation Rothschild-département

d'Oculo-plastie

Ancien Médecin de la Banque Française des Yeux

## الدكتور محمد شهابي

إختصاص في أمراض و جراحة العيون

خريج كلية باريس

داخلي سابق بكريتي و بالمركز الفرنسي للعيون

15-20 و بمؤسسة جراحة العيون

روتشيلد بباريس

طبيب سابق بالبنك الفرنسي للعيون

خبير تصحيح البصر بالليزر

16/02/2022

M: BENDAUD EL BEKKA

87.504

Sérum autologue

1 gtte 8 fois par jour pdt 3mois

**NB : Dans des flacons de icin ou correctol = 4 flacons**

Pharmacie TAJ  
Dr. Squad TAJ  
Av. Miy Al C. 325  
Maddoura INEZGANE  
Tel: 05 26 33 42 42

DR. CHAHBI Mohammed  
Ophtalmologie, Californie  
544, boulevard Panoramique, Casablanca, Maroc  
Tél: 05 22 59 65 60 / 00 - 05 22 21  
Fax: 05 22 60 46 21

Pharmacie TAJ  
Dr. Squad TAJ  
Av. Miy Al C. 325  
Maddoura INEZGANE  
Tel: 05 26 33 42 42

X = 440100

أيسين®

Icin®

Lct:

1 E 0 0 7 6

Fab:

0 5

2 1

Exp:

0 5

2 3

PPV: 27DH50

أيسين®

Icin®

Lct:

1 E 0 0 7 6

Fab:

0 5

2 1

Exp:

0 5

2 3

PPV: 27DH50

أيسين®

Icin®

Lct:

1 E 0 0 7 6

Fab:

0 5

2 1

Exp:

0 5

2 3

PPV: 27DH50

أيسين®

Icin®

Lct:

1 E 0 0 7 6

Fab:

0 5

2 1

Exp:

0 5

2 3

PPV: 27DH50

أيسين®

Icin®

Lct:

1 E 0 0 7 6

Fab:

0 5

2 1

Exp:

0 5

2 3

PPV: 27DH50

أيسين®

Icin®

Lct:

1 E 0 0 7 6

Fab:

0 5

2 1

Exp:

0 5

2 3

PPV: 27DH50

أيسين®

Icin®

Lct:

1 E 0 0 7 6

Fab:

0 5

2 1

Exp:

0 5

2 3

PPV: 27DH50

أيسين®

Icin®

Lct:

1 E 0 0 7 6

Fab:

0 5

2 1

Exp:

0 5

2 3

PPV: 27DH50

أيسين®

Icin®

Lct:

1 E 0 0 7 6

Fab:

0 5

2 1

Exp:

0 5

2 3

PPV: 27DH50

أيسين®

Icin®

Lct:

1 E 0 0 7 6

Fab:

0 5

2 1

Exp:

0 5

2 3

PPV: 27DH50

أيسين®

Icin®

Lct:

1 E 0 0 7 6

Fab:

0 5

2 1

Exp:

0 5

2 3

PPV: 27DH50

أيسين®

Icin®

Lct:

1 E 0 0 7 6

Fab:

0 5

2 1

Exp:

0 5

2 3

PPV: 27DH50

أيسين®

Icin®

Lct:

1 E 0 0 7 6

Fab:

0 5

2 1

Exp:

0 5

2 3

PPV: 27DH50

أيسين®

Icin®

Lct:

1 E 0 0 7 6

Fab:

0 5

2 1

Exp:

0 5

2 3

PPV: 27DH50

أيسين®

Icin®

Lct:

1 E 0 0 7 6

Fab:

0 5

2 1

Exp:

0 5

2 3

PPV: 27DH50

أيسين®

Icin®

Lct:

1 E 0 0 7 6

Fab:

0 5

2 1

Exp:

0 5

2 3

PPV: 27DH50



ORDONNANCE

Casablanca le 16/02/2022

M<sup>r</sup>. BENDAoud  
ELBERKAI

BIOMECHANIQUE

OCT MACULAIRE

CLINIQUE DE L'OEIL CALIFORNIE  
544, boulevard panoramique, californie,  
Casablanca, maroc  
Tel: 05 22 29 66 00 - 05 22 50 15 15  
Fax: 05 22 86 46 21

DR. CHAHBI Mohammed  
Ophtalmologiste  
Clinique de l'Oeil, californie,  
Casablanca, maroc  
Tel: 05 22 29 66 00 - 05 22 50 15 15  
Fax: 05 22 86 46 21





**NOTE D'HONORAIRES**

Casablanca le 16/02/2022

le Docteur.....

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

M. BEN DAOUD EL BEKKA

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

OCT maculaire

Soit la somme de 1000 -

mille Dhs

.....Dhs

Cachet et signature



Exam date: 16-02-2022  
 Sexe: Mâle  
 Oeil: Tous

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

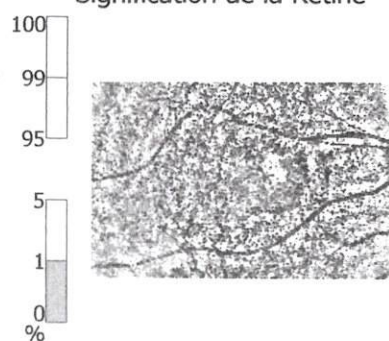
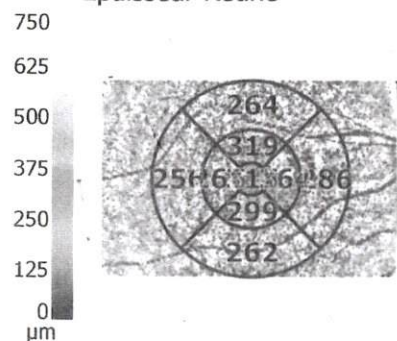
## R

RÉTINE RADIAL | DEUX YEUX |

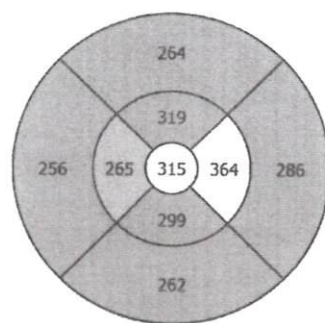
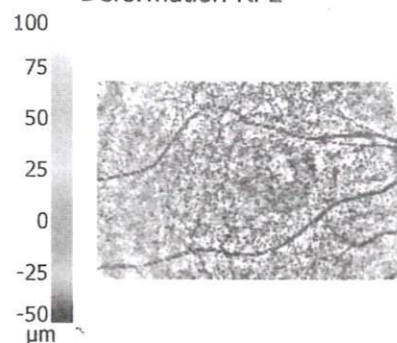
QI: 10 16-02-2022 11:21:20  
 Radial 10x10 mm

L

## Signification de la Retine



Déformation RPE



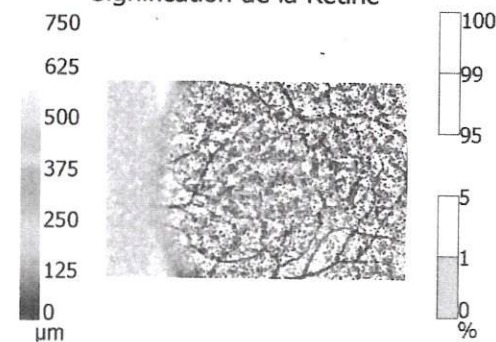
ILM - OS/RPE mesures	R	L	Diff (D-G)
Minimum in Fovea [ $\mu\text{m}$ ]	274	100	174
Secteur cenral [ $\mu\text{m}$ ]	315	159	156
Epaisseur zone [ $\mu\text{m}$ ]	279	261	18
Volume [ $\text{mm}^3$ ]	7.87	7.37	0.50

1/3/6 mm

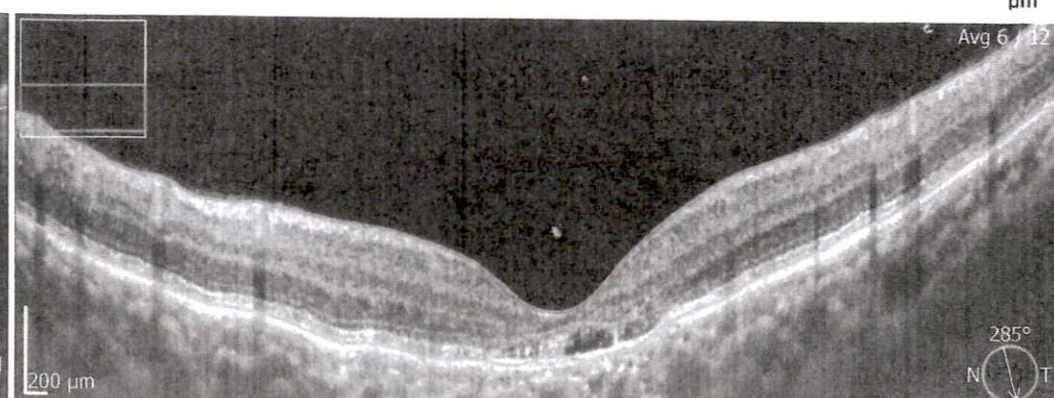
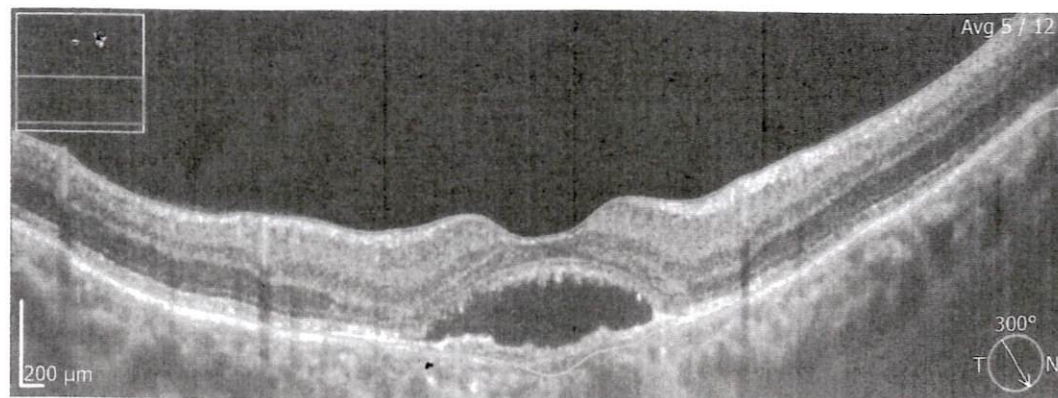
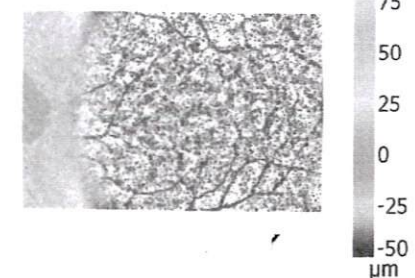
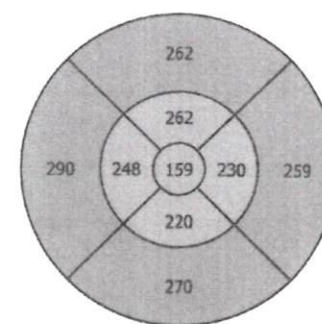
Moyenne

Epaisseur Rétine

## Signification de la Retine



Déformation RPE



Nom: **BENDAOU EL BEKKAI**  
ID: **AUTO20211014091826**  
DOB: **21-07-1958**  
Age: **63**

Exam date: 16-02-2022  
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**

16-02-2022 11:22:16 QI: 10  
Radial 10x10 mm

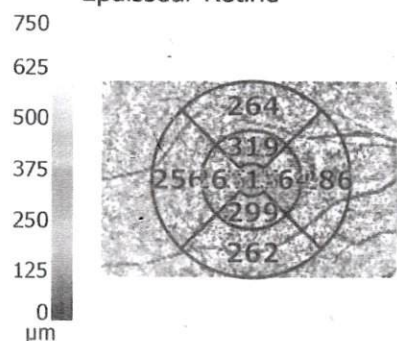
RÉTINE RADIAL | DEUX YEUX |

QI: 10 16-02-2022 11:21:20

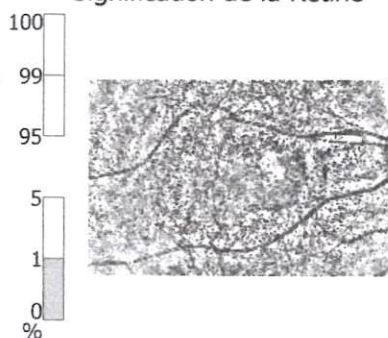
Radial 10x10 mm

**L**

Epaisseur Rétine



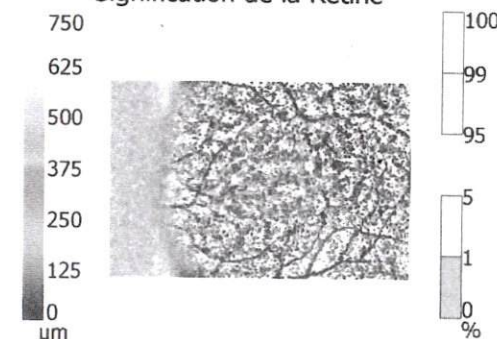
Signification de la Retine



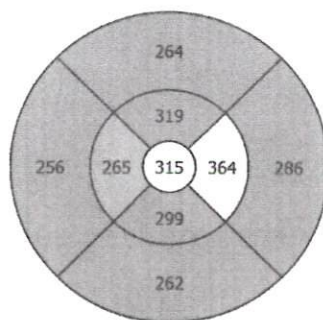
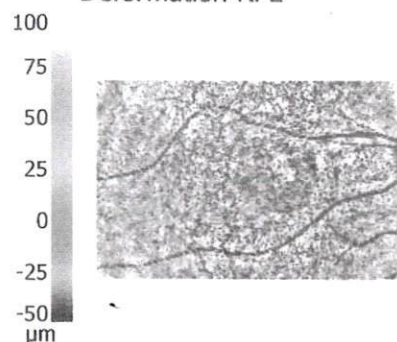
Epaisseur Rétine



Signification de la Retine



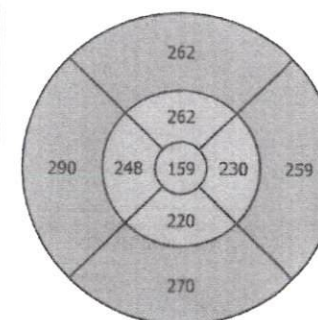
Déformation RPE



ILM - OS/RPE mesures	R	L	Diff (D-G)
Minimum in Fovea [μm]	274	100	174
Secteur central [μm]	315	159	156
Epaisseur zone [μm]	279	261	18
Volume [mm <sup>3</sup> ]	7.87	7.37	0.50

1/3/6 mm

Moyenne



Déformation RPE

