

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTRIVER 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## tique :

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.

## ntaire :

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.

## ladie 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](http://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 ELBETKRAI

Date de naissance : 21/07/158

Adresse : Rue 562 N°1 Karmant

injegane

Tél. 06.68.12.18.80

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. ALAMI Mohammed  
Optomologiste  
Casablanca - Maroc  
Tél. : 05 22 86 46 18 / 19  
Fax : 05 22 86 46 21  
05 60 00 - 05 12 29 68 66

Date de consultation : 16/02/1998

Nom et prénom du malade : BENDAOUD ELBEKKAI 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) :

## 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
16/02/2022	g		200,00	Dr. MOHAMMED ALI MOHAMMED Radiologue - Maroc Casablanca - Maroc 05 22 86 60 00 - 05 22 86 48 48

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>Pharmacie Dr. Souad TAJ</b> Dr. Souad TAJ N° 325 AV. MLY Allée 33 42 42 Maâdoura INZGANE Tel.: 05 20 33 42 42	16/2/22	 <b>Pharmacie Dr. Souad TAJ</b> Dr. Souad TAJ N° 325 AV. MLY Allée 33 42 42 Maâdoura INZGANE Tel.: 05 20 33 42 42 Montant : 440,00 Dhs

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>DE LOEL CALIFORNIA REVEND PARISIENNE</i>	16/02/2022	OCT maladie	1000,-

## AUXILIAIRES MEDICAUX

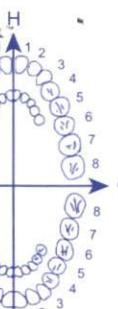
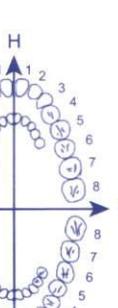
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## **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'ostéodensitométrie.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		COEFFICIENT DES TRAVAUX
D 00000000	B 35533411			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

#### **1 VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU

**Docteur Mohammed CHAHBI**

D.E.S D'OPHTALMOLOGIE

(Maladies et Chirurgie des yeux)

Ancien interne de CRETEIL: ÁNGIO-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 شهبي**

اختصاص في أمراض و جراحة العيون

خريج كلية باريس

داخلي سابق بكريتاي و بالمركز الفرنسي للعيون

و 15-20 بمؤسسة جراحة العيون

روتشيل بباريس

طبيب سابق بالبنك الفرنسي للعيون

خير تصحيح البصر بالليزك

16/02/2022

M : BENDAOUD EL BEKFAI

Pharmacie TAJ  
Dr. Souad TAJ  
Av. My Aït Cherif N° 325  
Maladie INEZGANE  
Tel: 05 26 33 42 42

X 16

84.50x

Sérum autologue

1 gte 8 fois par jour pdt 3mois

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

Pharmacie TAJ  
Dr. Souad TAJ  
Av. My Aït Cherif N° 325  
Maladie INEZGANE  
Tel: 05 26 33 42 42

X = 44010

DR. CHAHBI Mohammed  
Ophtalmologiste California  
544, boulevard panoramique, maroc  
Casablanca, maroc  
Tel: 05 22 86 46 18 / 05 22 86 46 15  
05 22 29 65 60 / 05 22 86 46 21

Pharmacie TAJ  
Dr. Souad TAJ  
Av. My Aït Cherif N° 325  
Maladie INEZGANE  
Tel: 05 22 86 46 18 / 05 22 86 46 15  
05 22 29 65 60 / 05 22 86 46 21

أيسين®

Icin®

Lot:

YE0076

Fab:

05 21

Exp:

05 23

PPV: 27DH50

أيسين®

Icin®

Lot:

YE0076

Fab:

05 21

Exp:

05 23

PPV: 27DH50

أيسين®

Icin®

Lot:

YE0076

Fab:

05 21

Exp:

05 23

PPV: 27DH50

أيسين®

Icin®

Lot:

YE0076

Fab:

05 21

Exp:

05 23

PPV: 27DH50

أيسين®

Icin®

Lot:

YE0076

Fab:

05 21

Exp:

05 23

PPV: 27DH50

أيسين®

Icin®

Lot:

YE0076

Fab:

05 21

Exp:

05 23

PPV: 27DH50

أيسين®

Icin®

Lot:

YE0076

Fab:

05 21

Exp:

05 23

PPV: 27DH50

أيسين®

Icin®

Lot:

YE0076

Fab:

05 21

Exp:

05 23

PPV: 27DH50

أيسين®

Icin®

Lot:

YE0076

Fab:

05 21

Exp:

05 23

PPV: 27DH50

أيسين®

Icin®

Lot:

YE0076

Fab:

05 21

Exp:

05 23

PPV: 27DH50

أيسين®

Icin®

Lot:

YE0076

Fab:

05 21

Exp:

05 23

PPV: 27DH50

أيسين®

Icin®

Lot:

YE0076

Fab:

05 21

Exp:

05 23

PPV: 27DH50

أيسين®

Icin®

Lot:

YE0076

Fab:

05 21

Exp:

05 23

PPV: 27DH50

أيسين®

Icin®

Lot:

YE0076

Fab:

05 21

Exp:

05 23

PPV: 27DH50

أيسين®

Icin®

Lot:

YE0076

Fab:

05 21

Exp:

05 23

PPV: 27DH50

أيسين®

Icin®

Lot:

YE0076

Fab:

05 21

Exp:

05 23

PPV: 27DH50

**ORDONNANCE**

Casablanca le ..... 16/02/2022 .....

M<sup>me</sup>. BENDAoud

EL BEKKAI

**BIOMECANIQUE**

**OCT MACULAIRE**

**CLINIQUE DE L'OEIL CALIFORNIE**  
544, boulevard panoramique, Casablanca, Maroc  
Téléphone: 05 22 86 46 18 / 05 22 86 46 19  
Fax: 05 22 86 46 21

**DR. CHATTABI Mohammed**  
544, boulevard panoramique, Casablanca, Maroc  
Téléphone: 05 22 45 15 15 - 05 22 86 46 18 / 19 / 20  
Fax: 05 22 45 15 15 - 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)

Mr. BEN DAOU D. T. POKICAIN.....

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

OCT malu laue

Soit la somme de 1000,-

1 mille Dhs.....

Dhs

Cachet et signature

Nom: **BENDAOUD 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

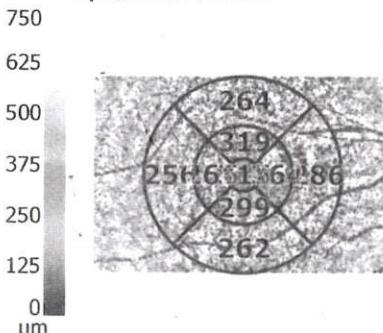
RÉTINE RADIAL | DEUX YEUX |

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

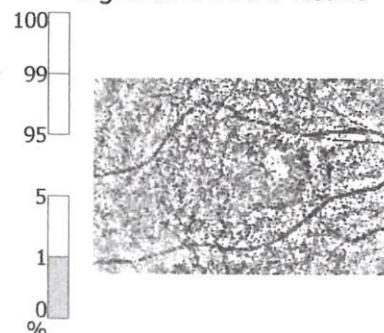
Radial 10x10 mm

**L**

Epaisseur Rétine



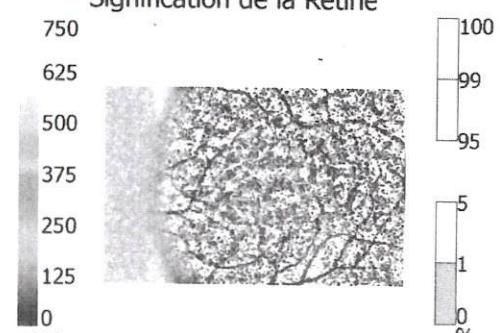
Signification de la Retine



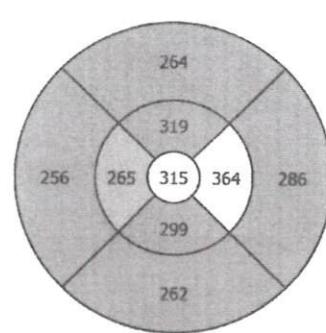
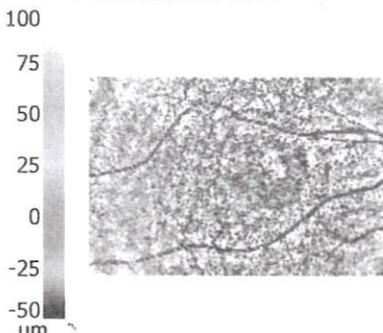
Epaisseur Rétine



Signification de la Retine



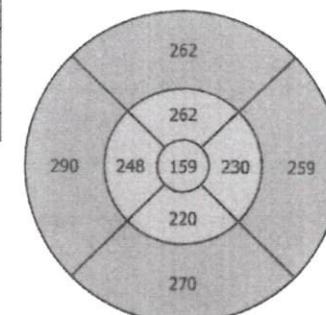
Déformation RPE



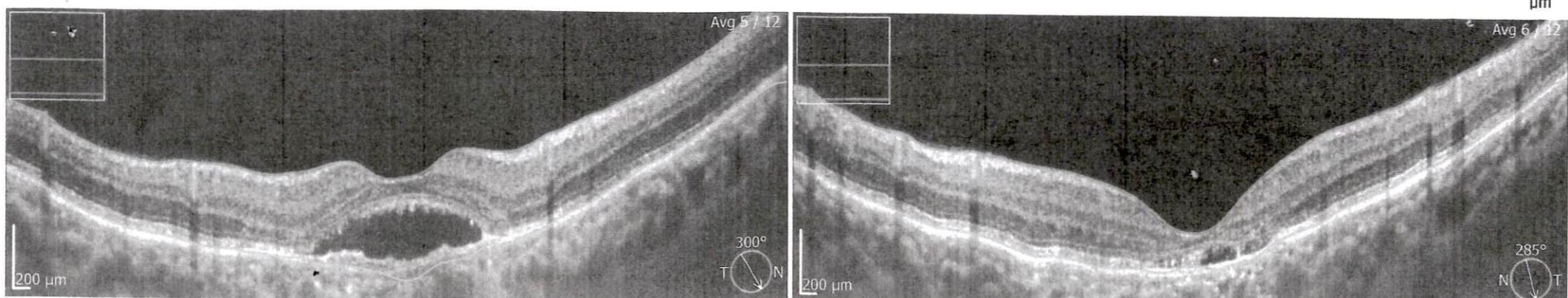
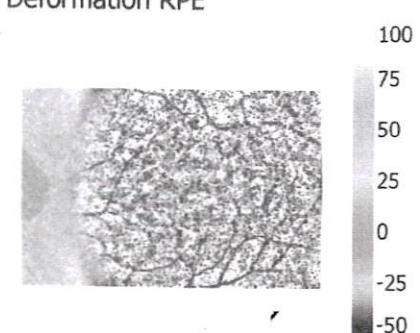
ILM - OS/RPE mesures	R	L	Diff (D-G)
Minimum in Fovea [μm]	274	100	174
Secteur central [μm]	315	159	156
Epaisseur zone [μm]	279	261	18
Volume [mm <sup>3</sup> ]	7.87	7.37	0.50

1/3/6 mm

Moyenne



Déformation RPE



Nom: **BENDAOUD 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

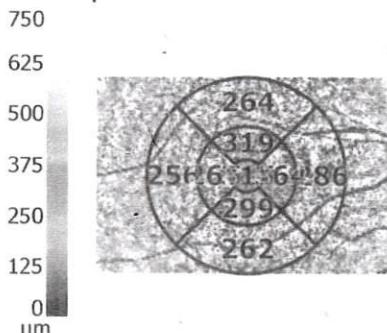
RÉTINE RADIAL | DEUX YEUX |

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

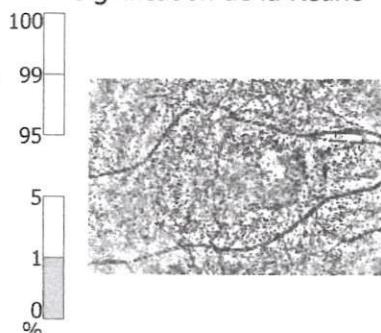
Radial 10x10 mm

**L**

Epaisseur Rétine



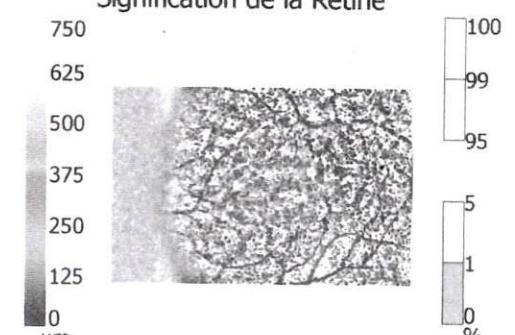
Signification de la Retine



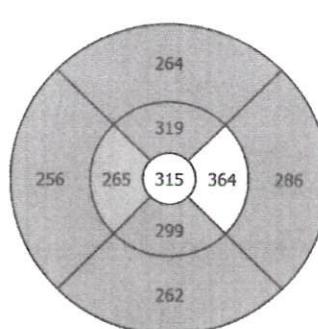
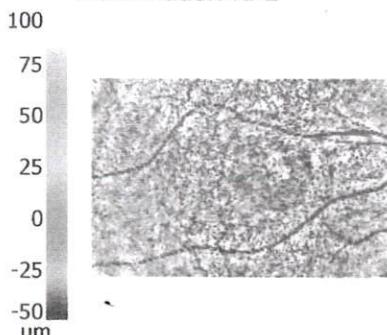
Epaisseur Rétine



Signification de la Retine



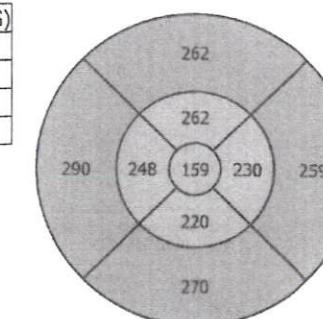
Déformation RPE



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

