

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° W21-639168

105717

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) Matricule : 907 Société :

Actif Pensionné(e) Autre : RAM RAM MUSTAPHA

Nom & Prénom : Date de naissance : 21.09.1951

Adresse : Tél. 06 17 00 16 06 Total des frais engagés : 100 DHS

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 31/01/2022

Nom et prénom du malade : ZABONG - LATIFA Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : COMEDIN UL + F O R diabète

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 : Casablanca Le : 17/02/2022

Signature de l'adhérent(e) :



| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|---------------------------------------|------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Pounisseur | Date | Montant de la Facture |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES | | | |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|  | 17/02/22 | A NO 20 | 1000.00 |
| | 17/02/22 | ACT | 1000.00 |

| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | | | Montant détaillé des Honoraires | |
|---------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|--|
| Cachet et signature du Particulier | Date des Soins | Nombre | | | | | |
| | | 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées (empty box) | Nature des Soins (empty box) | Coefficient (empty box) | INP : <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | Coefficient des travaux <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | Montants des soins <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | Début d'exécution <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | Fin d'exécution <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> | | | | | H | G | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | B |
| | | | | H | G | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | D | G | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | B | B | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Coefficient des travaux <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Montants des soins <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Date du devis <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Date de l'exécution <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Dr. Malika BOUKSIM

OPHTHALMOLOGISTE

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux

Laser - Angiographie

Contactologie

Strabologie

الدكتورة بوعسم مليكا

طب العيون

دبلوم التشخيص بالأمواج ما فوق الصوتية

الاختصاصية في أمراض و جراحة العيون

الليزر....

Casa le : 31 JAN. 2022

M^{me} ZABOUJ - Latifa

Retinopathie diabétique
+ surinfection diabur
de 80
faire Angiographie de
Rénine + CT manuelle

CLINIQUE
522 05 22 91 11 11
Bd. Oum Rabii Gpe Résidence Al Firdaus Imm. L 30 1er étage N° 5 Oulfa - Casablanca
OPHTHALMOLOGISTE
Dr. M. BOUKSIM

Mme ZA Bout latifa

29 FEV. 2022

Casa le :

Compte rendu OCT
mauve

OD : exudats perifolaires
dans le couche interne
EMC : Normal 285ym.
Pas d'edema

OG : exudats juxtapapillaire
avec disque epaisseur
inter papillo-mauve +
gley logette EMC : 287ym

OCT : O.M. focal

Dr. Malika BOUKSIM
Ophtalmologiste
Bd. Oum Rabii Gpe Résidence Al Firdaus Imm. L 30 1er étage N° 5 Oulfa - Casablanca
Tél. : 05 22 91 41 11

Dr. Malika BOUKSIM

OPHTHALMOLOGISTE

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux

Laser - Angiographie

Contactologie

Strabologie

الدكتورة بوعسم مليكا

طب العيون

دبلوم التشخيص بالأمواج ما فوق الصوتية

اختصاصية في أمراض و جراحة العيون

الليزر.....

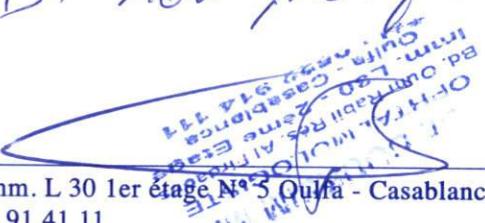
ZABouj - Lafia.

Casa le :

compte rendu Angiographie
du Retine

ODA : plaq d'atrophie
peri papillaire
mino anévrisme +
qly foyers d'hémorragie
profond et pénétrante
st de qly 3ans
d'ischémie

Ac : R. D. non proliférante



CLINIQUE AL MADINA

F A C T U R E

N° : 2852 / 2022 du 17/02/2022

ANGIOGRAPHIE

Nom patient ZABOUJ LATIFA
PAYANT

Entrée 17/02/2022
Sortie 17/02/2022

| Désignation des prestations | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire | Montant |
|-----------------------------|--------|------------|---------------|----------|
| ANGIOGRAPHIE | 1.00 | | 1 000.00 | 1 000.00 |
| Total Clinique | | | | 1 000.00 |

| | | |
|---|-------|----------|
| Arrêtée la présente facture à la somme de : | Total | 1 000.00 |
| MILLE DIRHAMS | | |
| | | 0.00 |

CLINIQUE AL MADINA

F A C T U R E

N° : 2853 / 2022 du 17/02/2022

OCT

Nom patient ZABOUJ LATIFA Entrée 17/02/2022
PAYANT Sortie 17/02/2022

| Désignation des prestations | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire | Montant |
|-----------------------------|--------|------------|---------------|----------|
| OCT | 1.00 | | 1 000.00 | 1 000.00 |
| Total Clinique | | | | 1 000.00 |

| | | |
|---|-------|----------|
| Arrêtée la présente facture à la somme de : | Total | 1 000.00 |
| MILLE DIRHAMS | | |
| | | 0.00 |



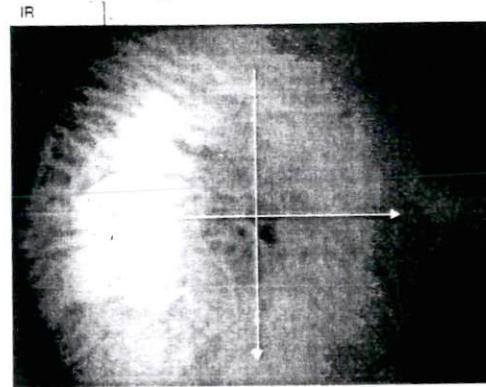
Patient: ZABOUJ, LATIFA
Physician:
Operator:
Disease:

CLINIQUE AL MADINA

Gender: Female
ID:

Exam Date: 17/02/2022
DOB(age): 03/12/1957 (64)
Ethnicity: Caucasian
Algorithm Ver: A2018,1,0,33

Retina Map



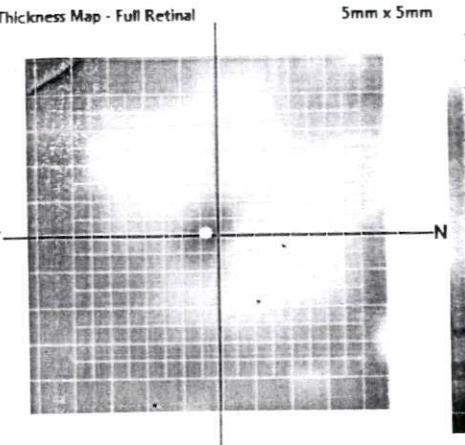
Signal Strength Index 36

Thickness
 Full Retinal
 Inner Retinal
 Outer Retinal

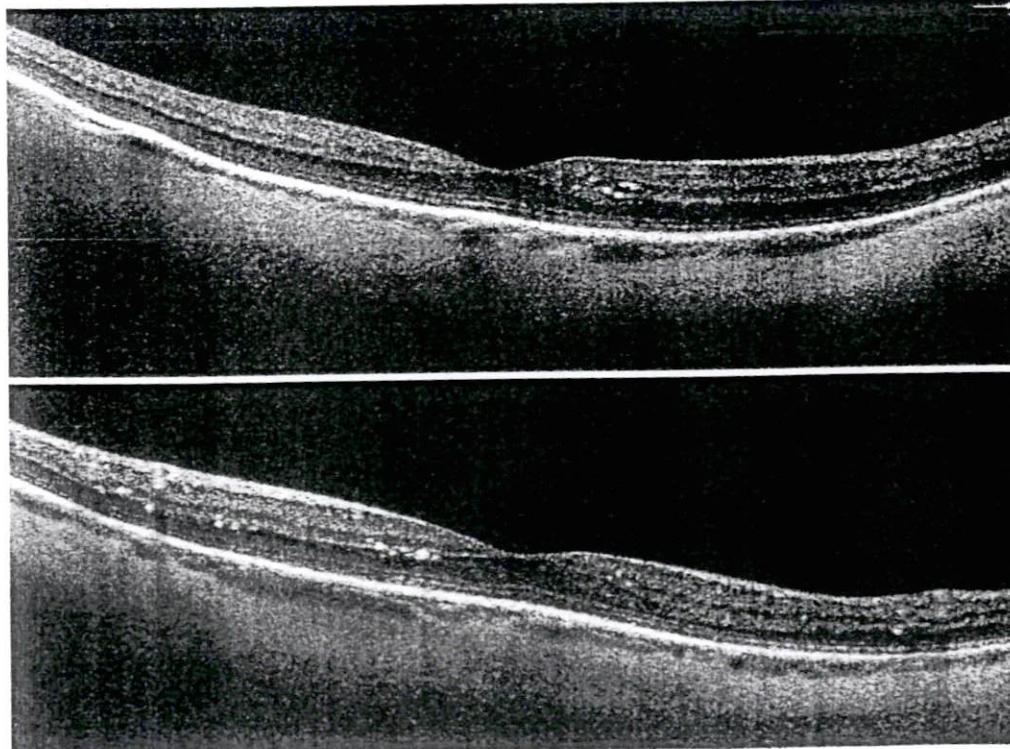
Threshold 0
Volume 7.36 mm³

 Auto Zoom

Thickness Map - Full Retinal



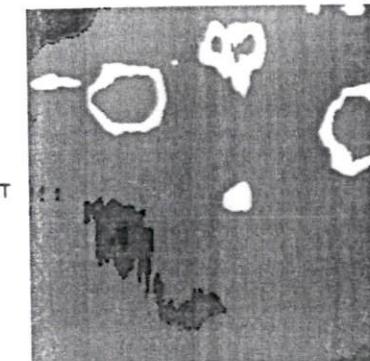
5mm x 5mm
750
700
600
500
400
300
200
100
0 μm



Thickness: 255 μm
(0.00, 0.00) mm
 Show HR Frames Show Lines

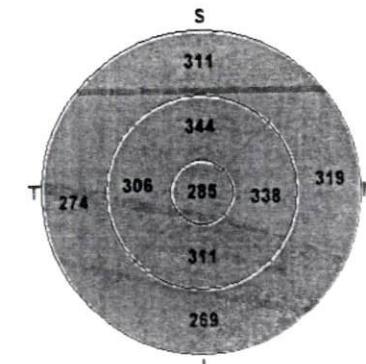
Map Option
 NDB Reference RPE Elevation

NDB Reference Map 5mm x 5mm



| Section | Thick (μm) | Vol(mm^3) |
|---------------|-------------------------|----------------------|
| Fovea | 285 | 0.224 |
| ParaFovea | 325 | 2.039 |
| S. Hemisphere | 337 | 1.058 |
| I. Hemisphere | 312 | 0.981 |
| Tempo | 306 | 0.480 |
| Superior | 344 | 0.541 |
| Nasal | 338 | 0.530 |
| Inferior | 311 | 0.488 |
| Perifovea | 293 | 3.683 |
| S. Hemisphere | 310 | 1.949 |
| I. Hemisphere | 276 | 1.733 |
| Tempo | 274 | 0.859 |
| Superior | 311 | 0.977 |
| Nasal | 319 | 1.001 |
| Inferior | 269 | 0.845 |

$p < 0.05$
 $p > 95\%$
 $p > 5\%$
 $p > 1\%$
 $p < 1\%$
Map Diameters
Fovea: 1.00 mm
Parafovea: 3.00 mm
Perifovea: 5.00 mm



Report Date: jeudi 17/02/2022 10:06:32

Software Version: 2018,1,0,33

Comment:

Signature:

Defining the OCT Revolution

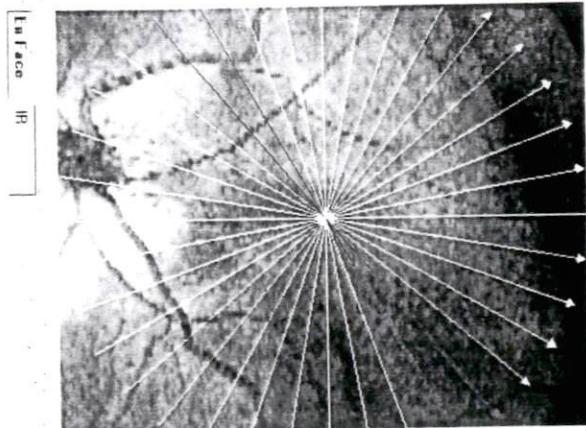
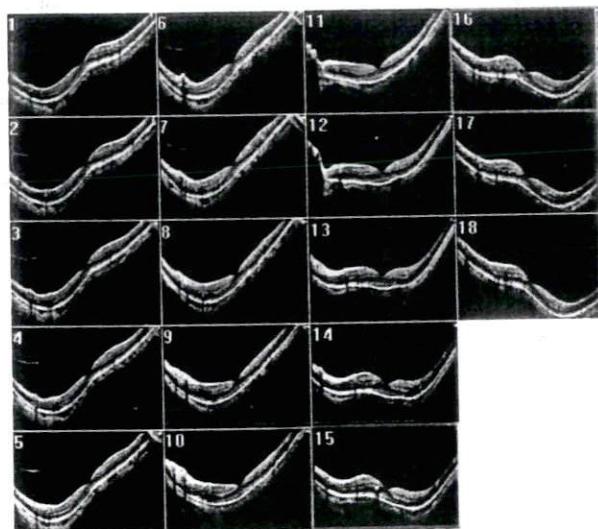
Patient: ZABOUJ, LATIFA
Physician:
Operator:
Disease:

CLINIQUE AL MADINA

Gender: Female
ID:

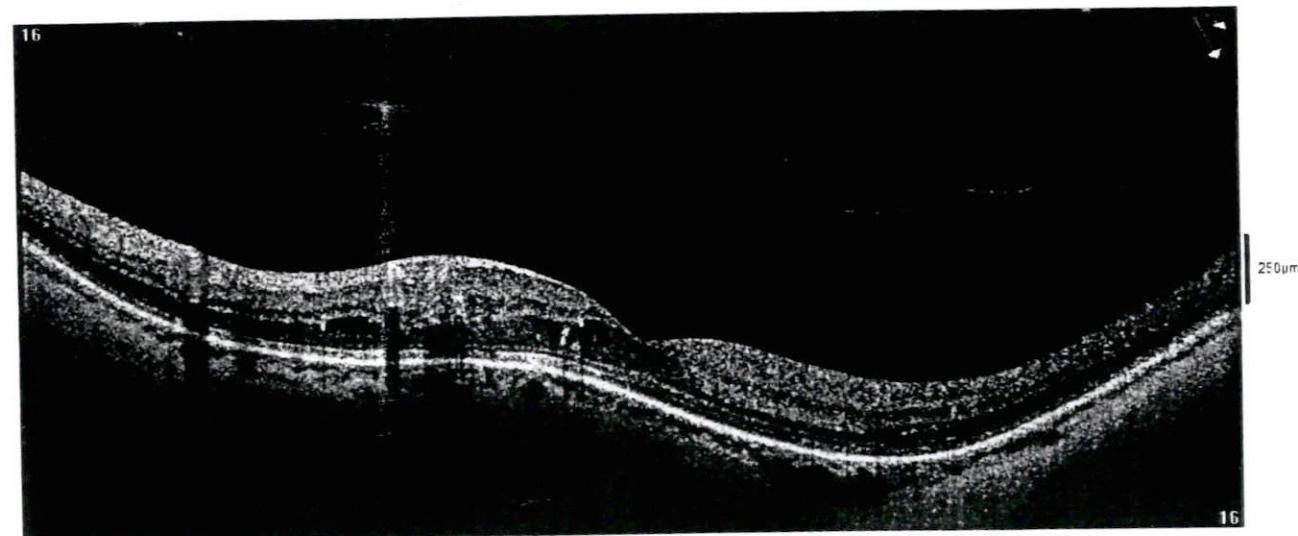
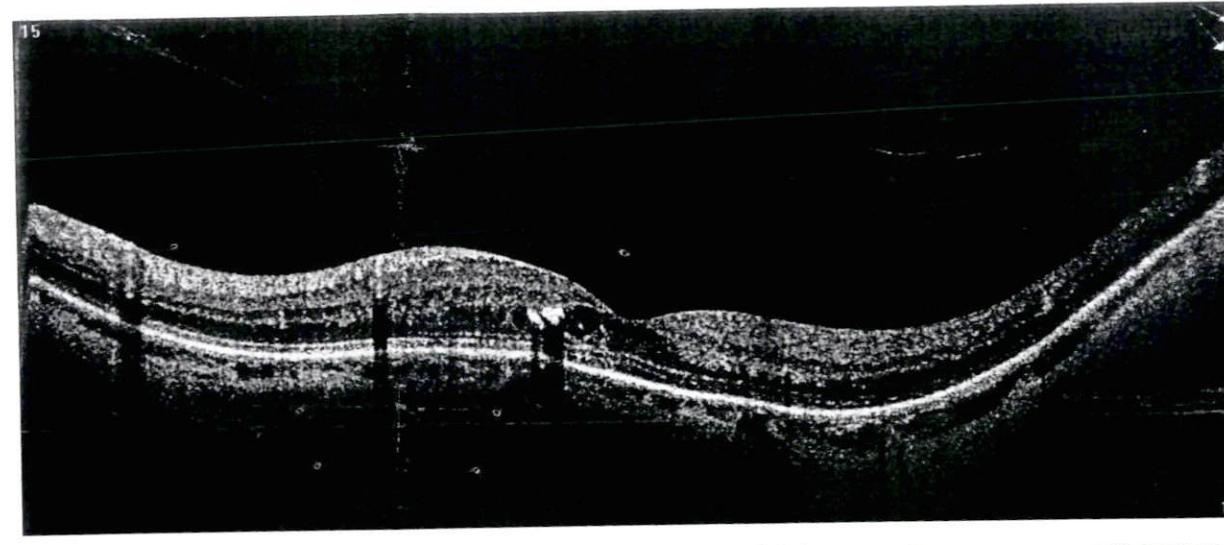
Exam Date: 17/02/2022
DOB(age): 03/12/1957 (64)
Ethnicity: Caucasian
Algorithm Ver: A2018,1,0,33

Radial Lines



Signal Strength Index 56

Left / OS



Report Date: jeudi 17/02/2022 10:06:51

Software Version: 2018,1,0,33

Comment:

Signature:

Defining the OCT Revolution

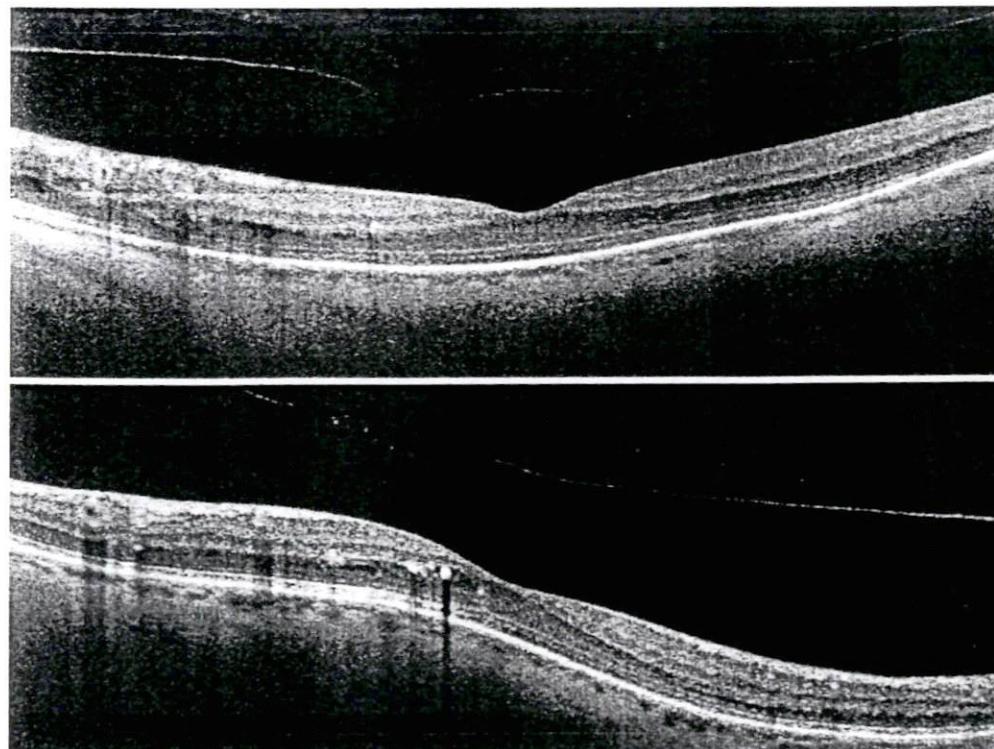
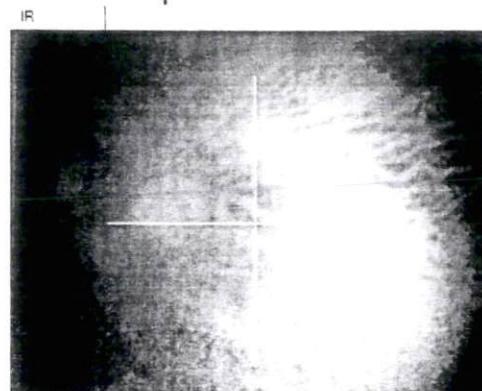
Patient: ZABOUJ, LATIFA
Physician:
Operator:
Disease:

CLINIQUE AL MADINA

Gender: Female
ID:

Exam Date: 17/02/2022
DOB(age): 03/12/1957 (64)
Ethnicity: Caucasian
Algorithm Ver: A2018,1,0,33

Retina Map



Signal Strength Index 56

Thickness Map - Full Retinal

Thickness

- Full Retina
- Inner Retina
- Outer Retina

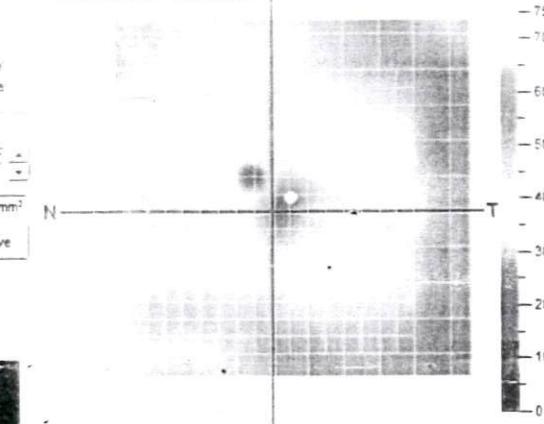
Threshold

Volume

Save

Auto Zoom

5mm x 5mm



Thickness: 264 μ m

Show HR Frames Show Lines

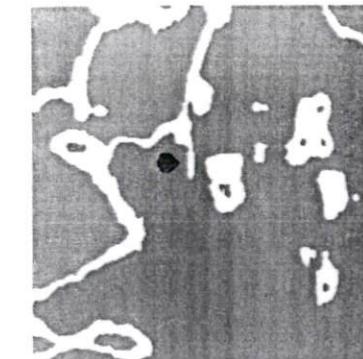
(0.00, 0.00) mm

Map Option

NDB Reference RPE Elevation

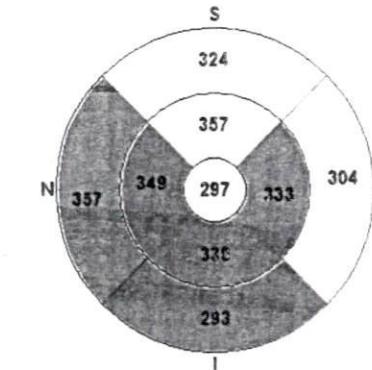
NDB Reference Map

5mm x 5mm



| Section | Thick: (μ m) | Vol(mm 3) |
|---------------|-------------------|---------------|
| Fovea | 297 | 0.239 |
| Parafovea | 342 | 1.151 |
| S. Hemisphere | 349 | 1.097 |
| I. Hemisphere | 345 | 1.053 |
| Tempo | 357 | 0.524 |
| Superior | 357 | 0.561 |
| Nasal | 333 | 0.547 |
| Inferior | 333 | 0.518 |
| Perifovea | 319 | 4.014 |
| S. Hemisphere | 325 | 2.042 |
| I. Hemisphere | 314 | 1.973 |
| Tempo | 304 | 0.954 |
| Superior | 324 | 1.018 |
| Nasal | 332 | 1.120 |
| Inferior | 323 | 0.922 |

| Map Diameters | |
|---------------|---------|
| p > 95% | 1.00 mm |
| p > 5% | 3.00 mm |
| p > 1% | 5.00 mm |



Report Date: jeudi 17/02/2022 10:07:06

Software Version: 2018,1,0,33

Comment:

Signature:

Defining the OCT Revolution

Patient: ZABOUJ, LATIFA
Physician:
Operator:
Disease:

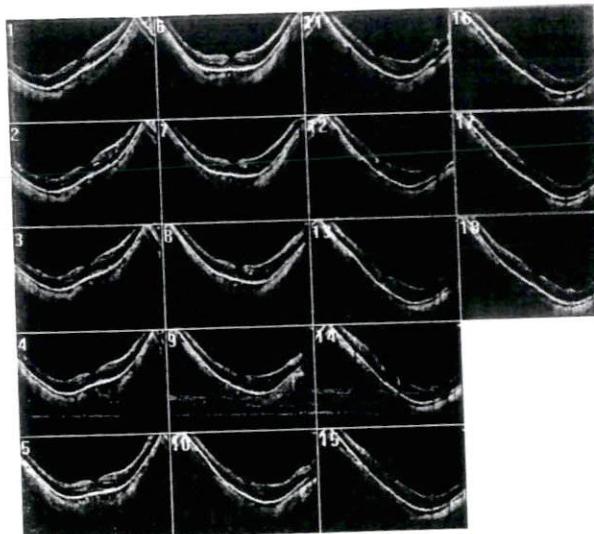
CLINIQUE AL MADINA

Gender: Female
ID:

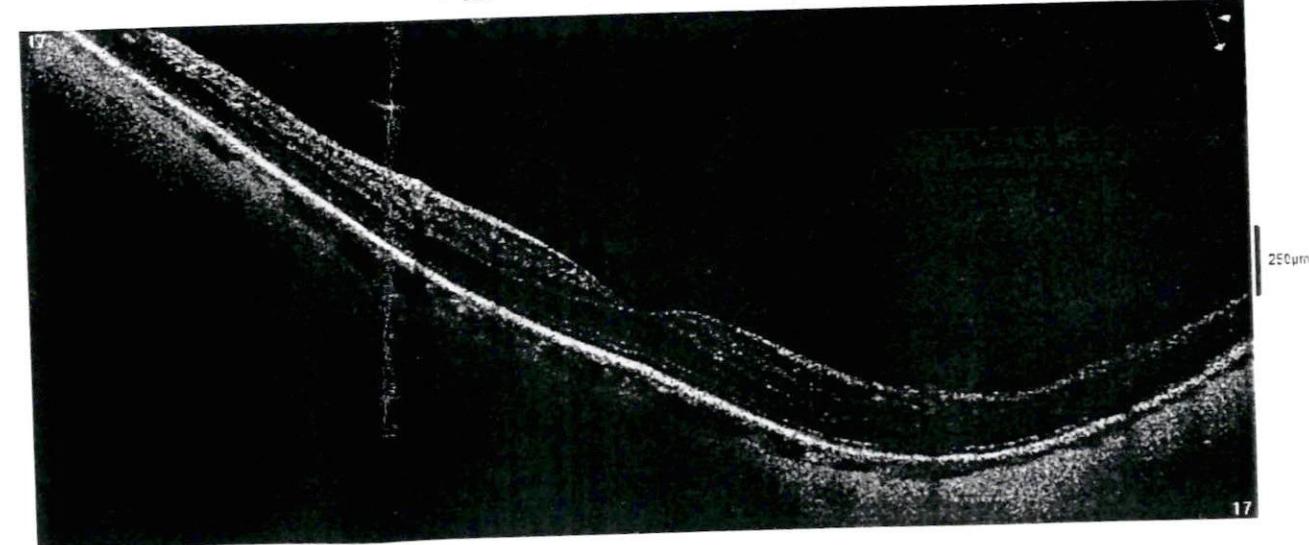
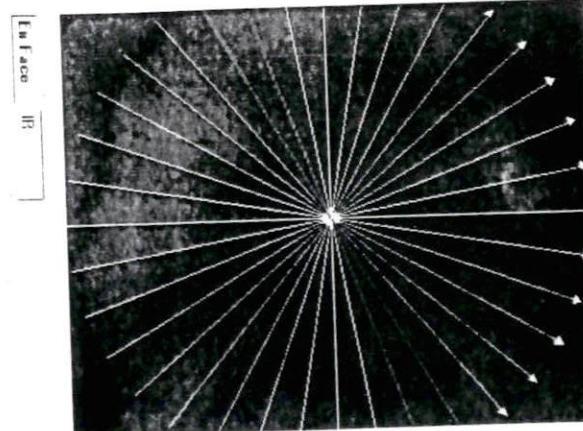
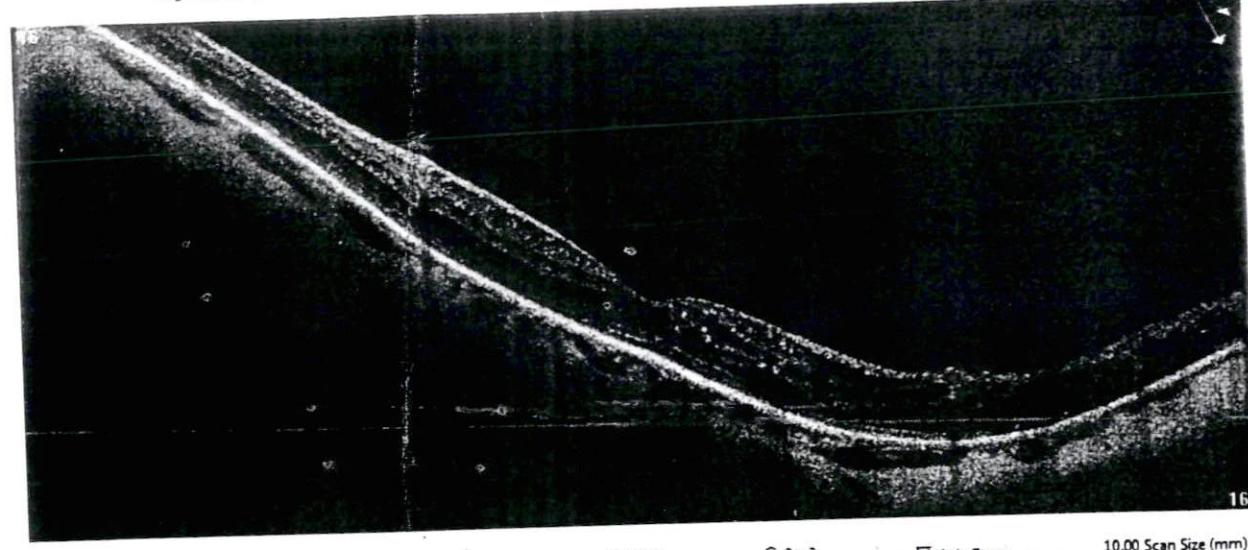
Exam Date: 17/02/2022
DOB(age): 03/12/1957 (64)
Ethnicity: Caucasian
Algorithm Ver: A2018,1,0,33

Right / OD

Radial Lines



Signal Strength Index 38



Report Date: jeudi 17/02/2022 10:06:24

Software Version: 2018,1,0,33

Comment:

Signature:

Defining the OCT Revolution

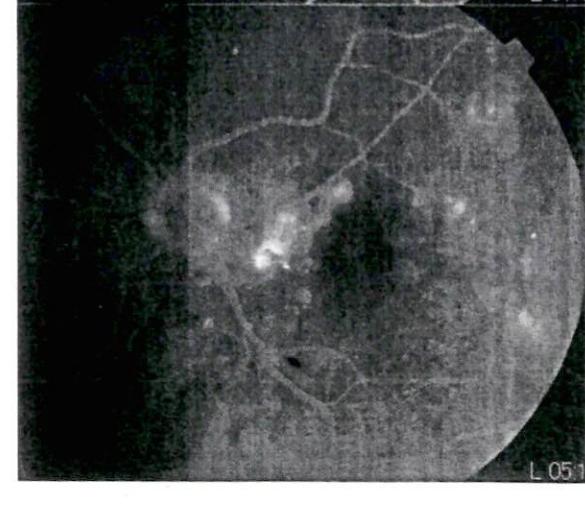
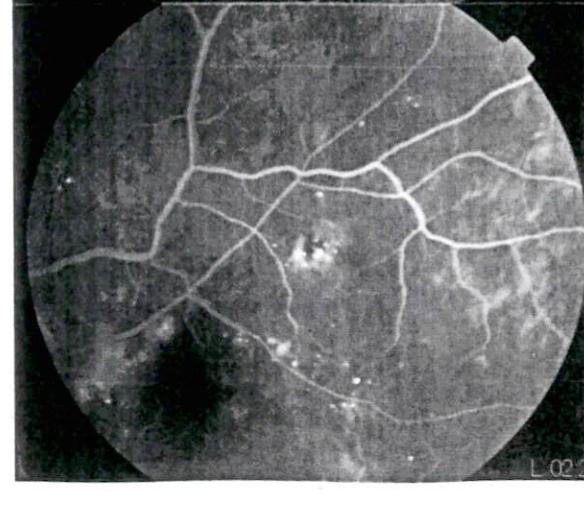
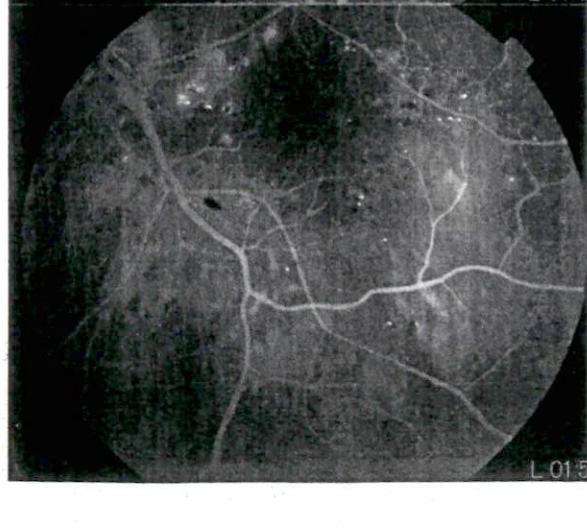
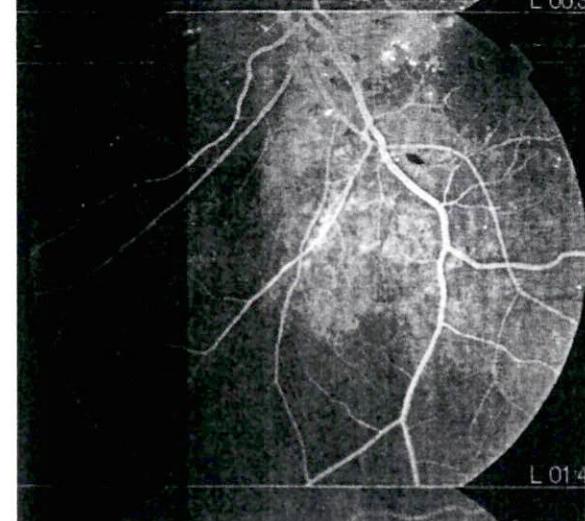
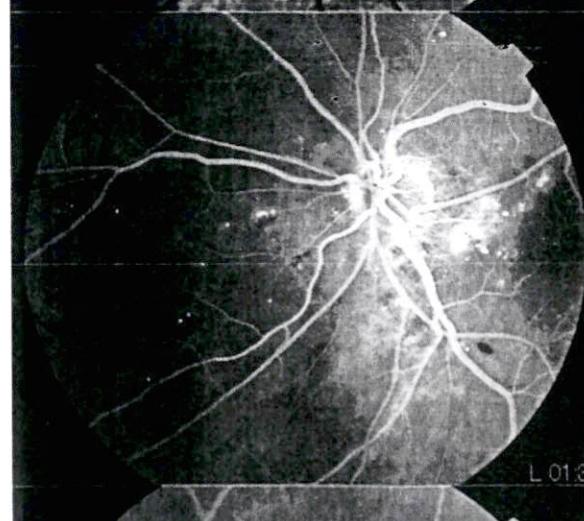
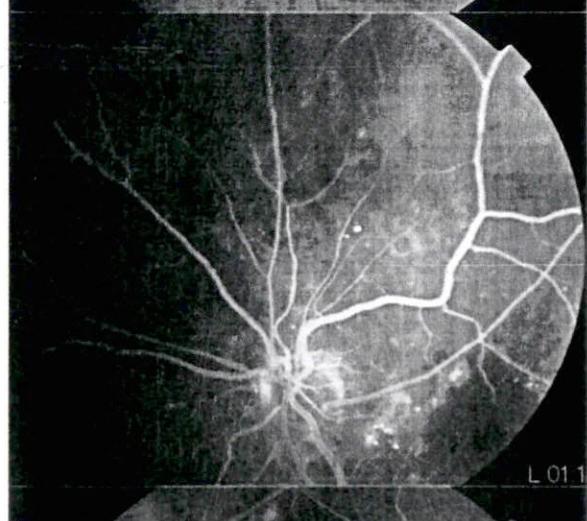
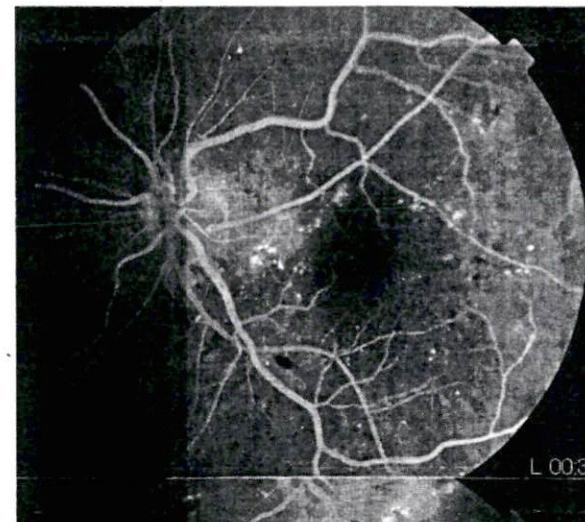
CLINIQUE AL MADINA CASABLANCA

Patient ID:100296

Nom du patient:ZABOUJ, LATIFA

Dr:

Date:17-02-2022



CLINIQUE AL MADINA CASABLANCA

Patient ID:100296

Nom du patient:ZABOUJ, LATIFA

Dr:

Date:17-02-2022

