

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES 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

- Reclamation : 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.

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° M21- 0033357

- Maladie
 Dentaire
 Optique
 Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03431 Société : RAM
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : ZOUROUTI HAMID
 Date de naissance : 6.08.58
 Adresse : Des salabla N°36 B0 Abdelhadi Bratile b Casablanca
 Tél. : 0667910375 Total des frais engagés : 3337,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : / /
 Nom et prénom du malade : ZOUROUTI HAMID Age : 63 ans
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : Affection oculaire à l'oeil droit
 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 Signature de l'adhérent(e) : Le : 22/06/22

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



RELEVÉ 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
23/03/22	Prothèse	1	400 DHS	Dr. Dalila SEAI IDRISSE Ophthalmologiste 84, Bd. My. Driss 1er Tel: 05 22 86 06 06 INPE : 091033100

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23/03/22	1237,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Clinique JERRADA OASIS Service de Radiologie Casablanca Tél : 05 22 99 37 48	20/06/22	180 OCT	1200,00 DHS

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
CABINET D'ORTHOPHEDIE Fettouma JOUAHID Houda LAHLOU 19, Rue Mac Ouzar Riffi - Casablanca Tel.: 05 22 30 63 10/05 22 54 11 49	27/06/22		1	Automatise		500 DHS

DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est tenu de renseigner la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

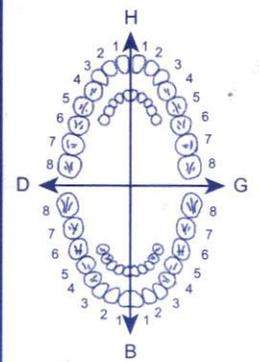
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				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

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
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'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Dalila SBAI IDRISSE

Ophthalmologiste

Echographie - Pachymétrie - Angiographie - Topographie

Laser - Lentilles de contact

Phacoémulsification - Strabologie

Chirurgie réfractive

الدكتورة دليلة السباعي الإدريسي

اختصاصية في أمراض و جراحة العيون

جراحة الساد (الجلالة)

بالأمواج فوق الصوتية

تخطيط الشبكية الوعائي

الليزر - الحول - تقويم الرؤية بالليزر

Casablanca, le 23 mars 2022

لا يقبل أي تغيير لتاريخ الفحص
Mr. ZOUROUTI Hamid

192,10 x 3

DUOTRAV



une goutte le soir à heure fixe non stop

91,50 x 3

ALPHAGAN: COLLYRE

1 goutte 2 fois par jour; 8h30 et 20h30

129,00 x 3

VISNEUROX OMK1

1 goutte x 3 par jour

Traitement pendant : 3 Mois , dans les deux yeux

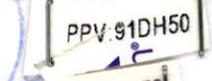
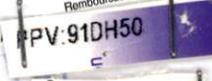
T: 1237,80



6 118001 071340
DUOTRAV® 40 µg/mL + 5 mg/mL
Collyre en solution, 2,5 ml
Boîte de 1 flacon
Sothema Bouskoura
PPV : 192,10 DH
AMM N° 591/18 DMP



6 118001 071340
DUOTRAV® 40 µg/mL + 5 mg/mL
Collyre en solution, 2,5 ml
Boîte de 1 flacon
Sothema Bouskoura
PPV : 192,10 DH
AMM N° 591/18 DMP



6 118001 071340
DUOTRAV® 40 µg/mL + 5 mg/mL
Collyre en solution, 2,5 ml
Boîte de 1 flacon
Sothema Bouskoura
PPV : 192,10 DH
AMM N° 591/18 DMP / 21/ NRQ



Dr. Dalila SBAI IDRISSE
Ophthalmologiste
84, Bd. Moulay Driss
Tél: 05 22 86 06 06

SYNTHEMEDIC
22-24 Rue Zoubair Ibnou
El Aouam 20500 Casablanca
P.P.C: 129.00

SYNTHEMEDIC
22-24 Rue Zoubair Ibnou
El Aouam 20500 Casablanca
P.P.C: 129.00

Nom: ZOUROUTI, HAMID

OD OS



ID: CZMI114820967

Date d'examen: 20/06/2022 20/06/2022

CLINIQUE JERADA

Date de naissance: 06/08/1958

Heure de l'examen: 11:35 11:37

Sexe: Masculin

Numéro de série: 5000-6064 5000-6064

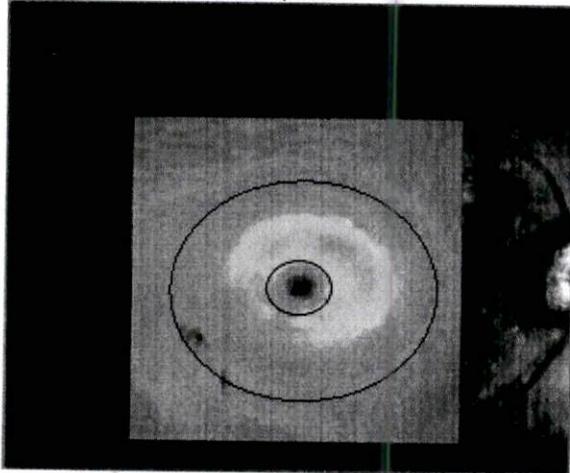
Technicien : Operator, Cirrus

Puissance du signal: 6/10 6/10

Analyse des cellules ganglionnaires : Macular Cube 512x128

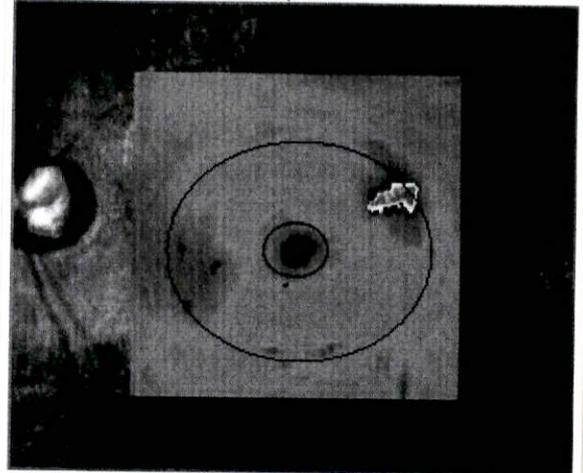
OD ● ● OS

Carte des épaisseurs OD



Fovéa : 263, 67

Carte des épaisseurs OS



Fovéa : 257, 69

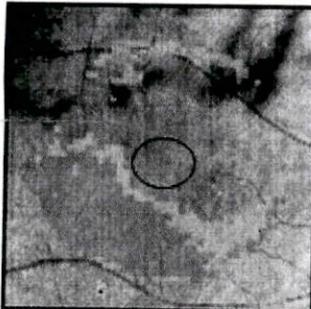
225

150

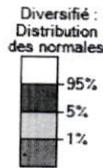
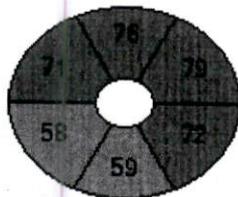
75

0 µm

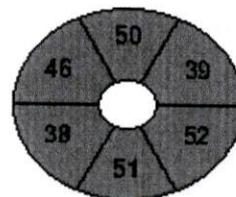
Carte des écarts OD



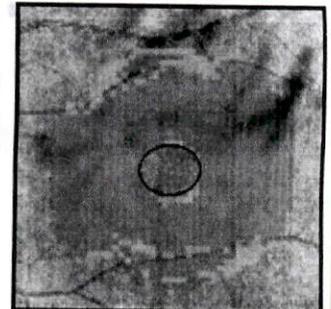
Secteurs OD



Secteurs OS

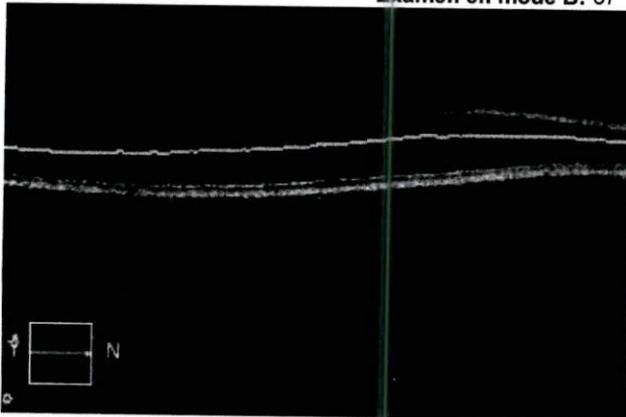


Carte des écarts OS



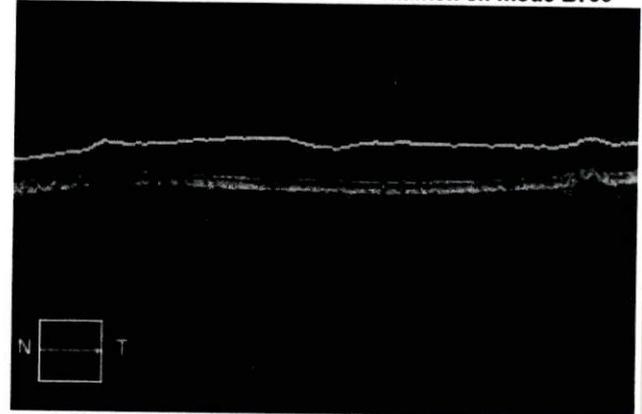
	OD µm	OS µm
Épaisseur moyenne du GCL	69	46
Épaisseur GCL minimum	59	31

Examen B horizontal



Examen en mode B: 67

Examen B horizontal



Examen en mode B: 69

Commentaires

Signature du médecin

SW Ver: 8.0.0.518
Copyright 2014
Carl Zeiss Meditec, Inc
All Rights Reserved

Nom: **ZOUROUTI, HAMID**

OD

OS



ID: CZMI114820967

Date d'examen: 20/06/2022

20/06/2022

CLINIQUE JERADA

Date de naissance: 06/08/1958

Heure de l'examen: 11:35

11:38

Sexe: Masculin

Numéro de série: 5000-6064

5000-6064

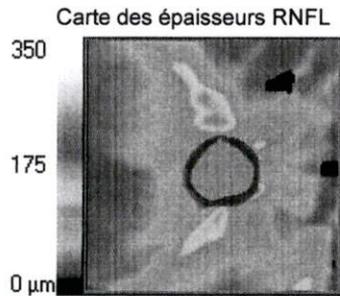
Technicien: Operator, Cirrus

Puissance du signal: 7/10

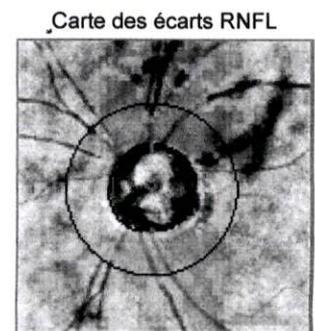
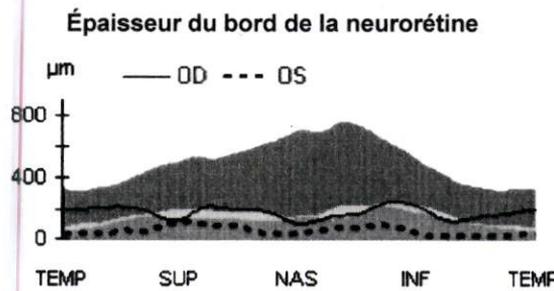
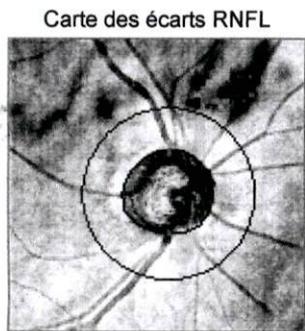
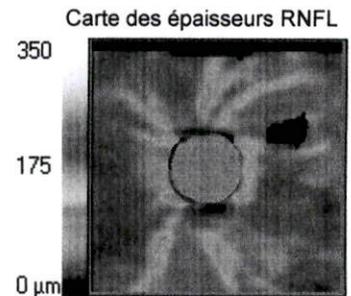
6/10

RNFL et ONH :Optic Disc Cube 200x200

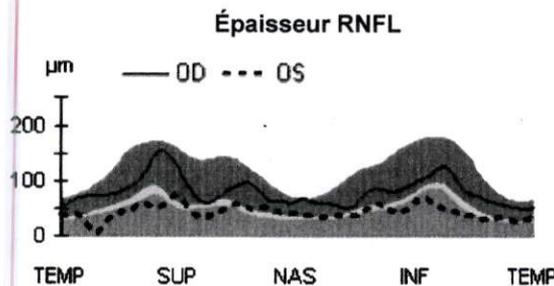
OD ● ● OS



	OD	OS
Épaisseur moyenne RNFL	84 μm	46 μm
Symétrie RNFL	68%	
Aire de l'ANR	0,89 mm ²	0,33 mm ²
Aire du disque	2,44 mm ²	2,44 mm ²
Rapport C/D moyen	0,79	0,94
Rapport C/D vertical	0,82	0,92
Volume de l'excavation	0,750 mm ³	1,505 mm ³



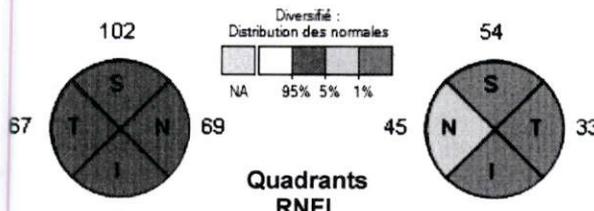
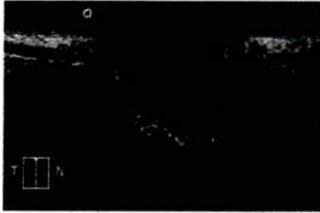
Centre du disque(0,21,-0,12)mm
Tomographie horizontale extraite



Centre du disque(-0,30,0,00)mm
Tomographie horizontale extraite



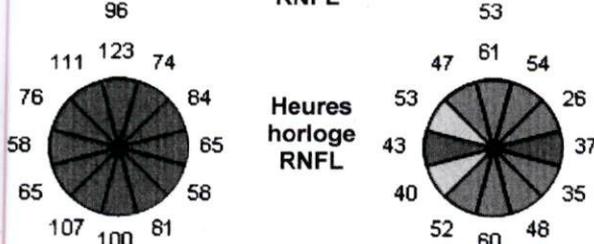
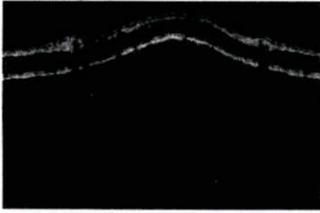
Tomographie verticale extraite



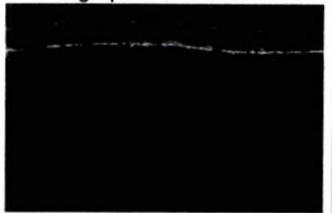
Tomographie verticale extraite



Tomographie circulaire RNFL



Tomographie circulaire RNFL



Commentaires

Signature du médecin

SW Ver: 8.0.0.518
Copyright 2014
Carl Zeiss Meditec, Inc
All Rights Reserved

Page 1 sur 1

Nom: ZOUROUTI, HAMID



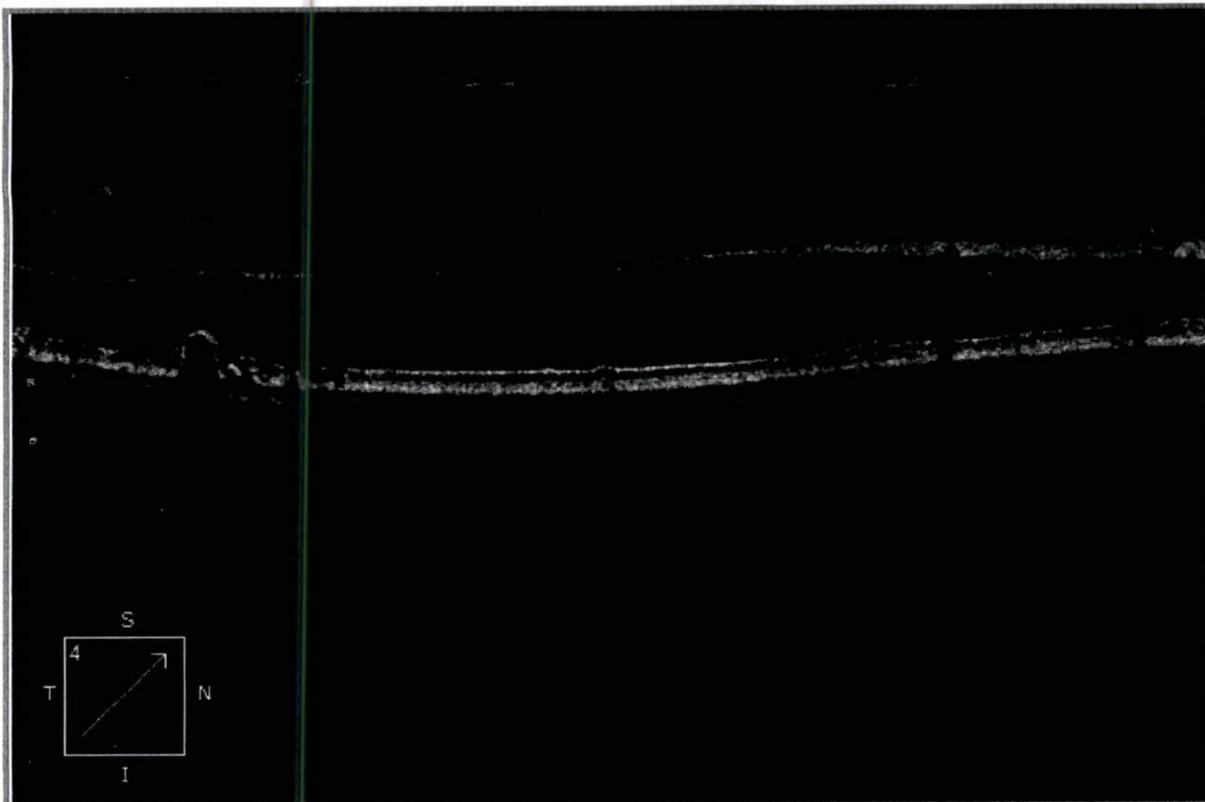
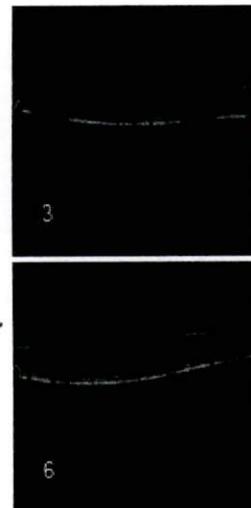
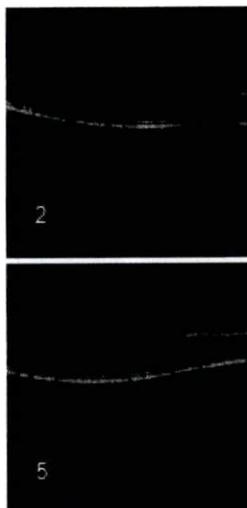
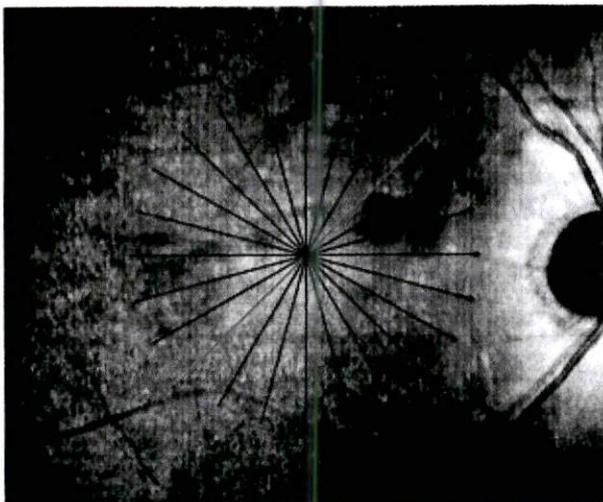
ID: CZMI114820967 Date d'examen: 20/06/2022
Date de naissance: 06/08/1958 Heure de l'examen: 11:36
Sexe: Masculin Numéro de série: 5000-6064
Technicien : Operator, Cirrus Puissance du signal: 6/10

CLINIQUE JERADA

Images haute définition: HD Radial

OD ● ○ OS

Longueur: 6 mm



Commentaires

Signature du médecin

Nom: ZOUROUTI, HAMID

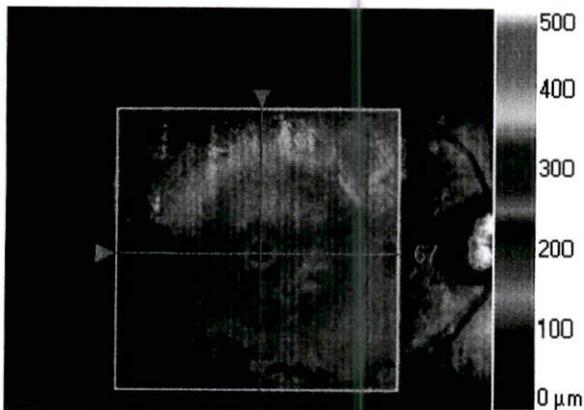


ID: CZMI114820967 Date d'examen: 20/06/2022
Date de naissance: 06/08/1958 Heure de l'examen: 11:35
Sexe: Masculin Numéro de série: 5000-6064
Technicien : Operator, Cirrus Puissance du signal: 6/10

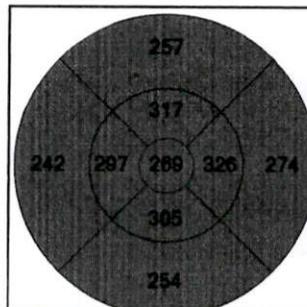
CLINIQUE JERADA

Épaisseur maculaire : Macular Cube 512x128

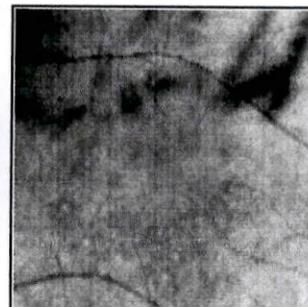
OD ● ○ OS



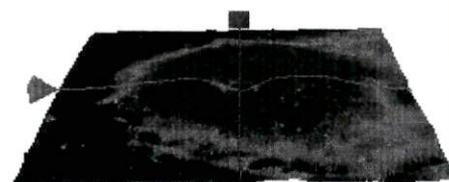
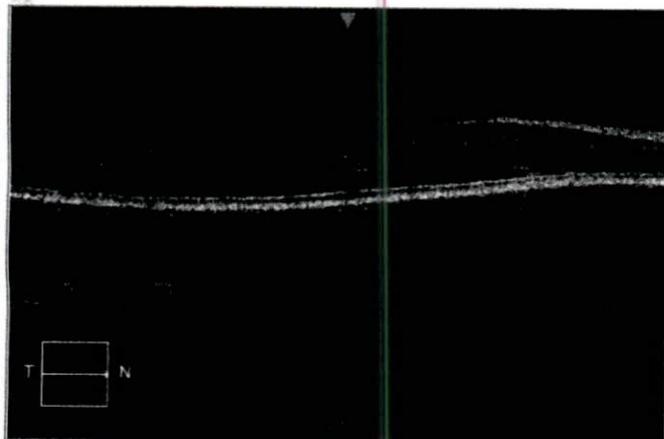
Calque: ILM - RPE Transparence: 50 %



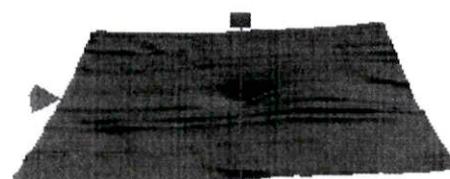
Épaisseur ILM-RPE (µm)



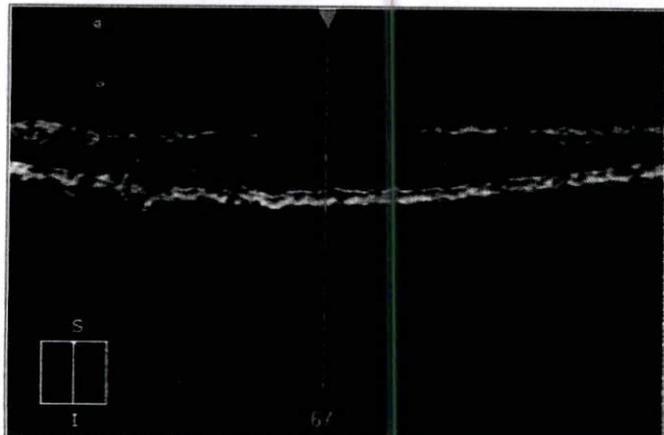
Fovéa: 263, 67



ILM - RPE

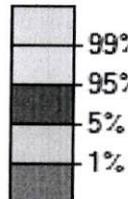


ILM



RPE

Diversifié :
Distribution
des normales



	Épaisseur moy. centrale (µm)	Volume du cube (mm³)	Ép. cube moy. (µm)
	269	9,4	261

Commentaires

Signature du médecin

SW Ver: 8.0.0.518
Copyright 2014
Carl Zeiss Meditec, Inc
All Rights Reserved

Nom: ZOUROUTI, HAMID

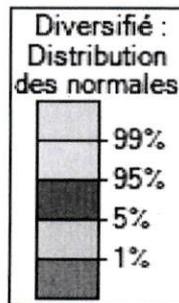
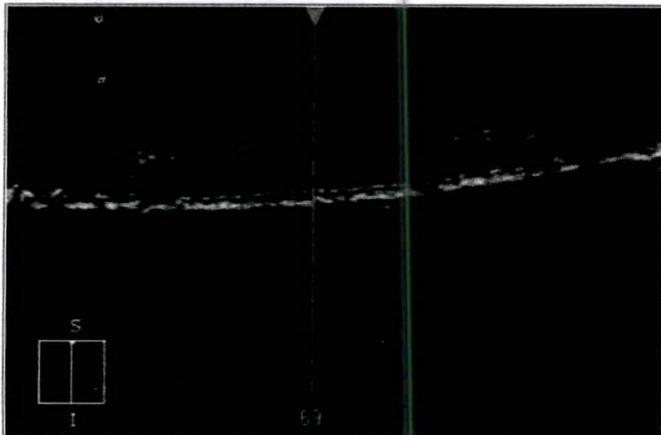
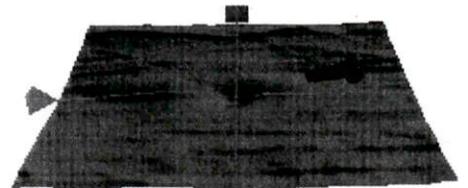
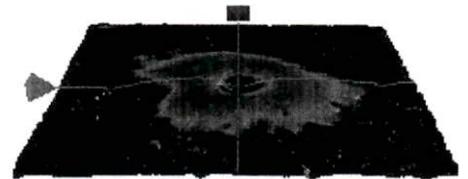
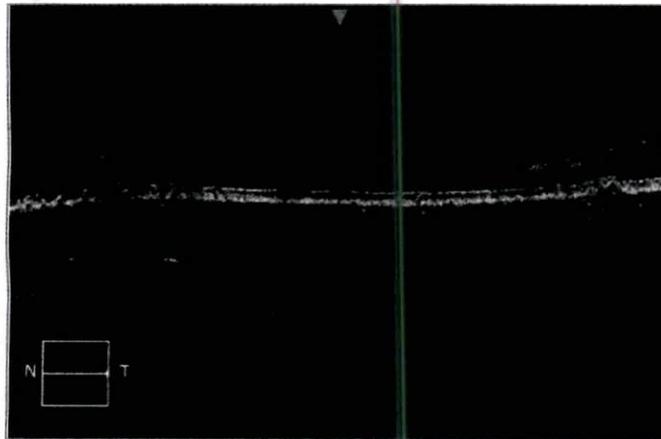
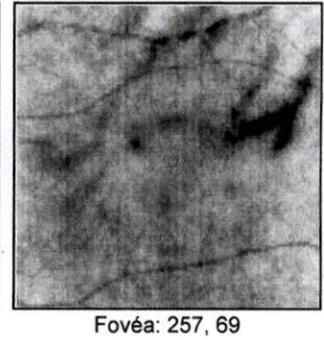
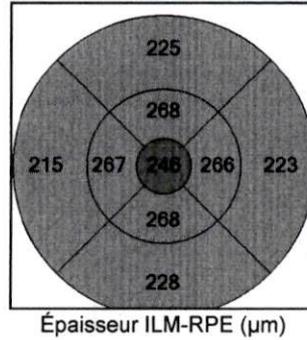
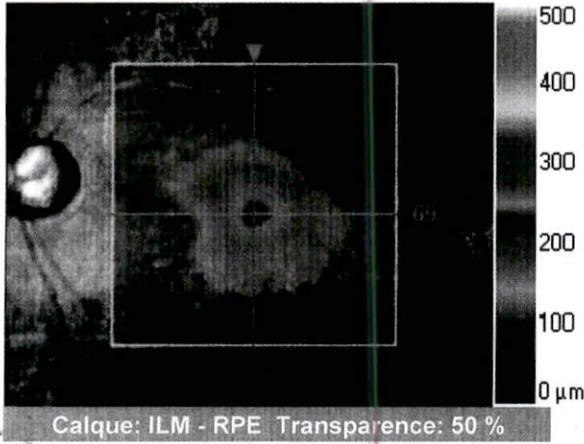


ID: CZMI114820967 Date d'examen: 20/06/2022
Date de naissance: 06/08/1958 Heure de l'examen: 11:37
Sexe: Masculin Numéro de série: 5000-6064
Technicien : Operator, Cirrus Puissance du signal: 6/10

CLINIQUE JERADA

Épaisseur maculaire : Macular Cube 512x128

OD OS



	Épaisseur moy. centrale (µm)	Volume du cube (mm³)	Ép. cube moy. (µm)
ILM - RPE	246	8,2	229

Commentaires

Signature du médecin

Nom: ZOUROUTI, HAMID

ZEISS

ID: CZMI114820967 Date d'examen: 20/06/2022

CLINIQUE JERADA

Date de naissance: 06/08/1958 Heure de l'examen: 11:39

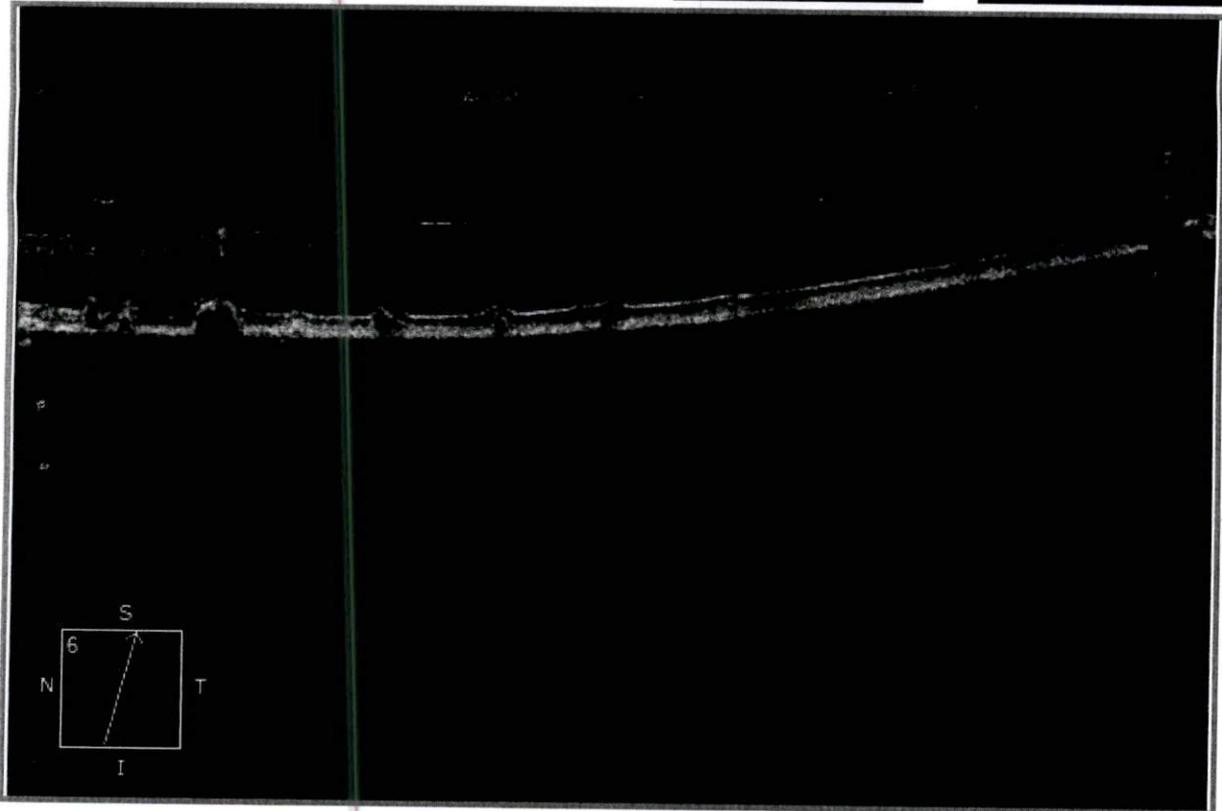
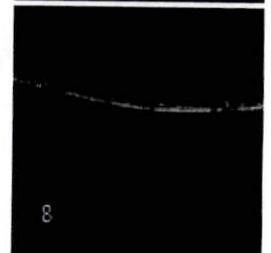
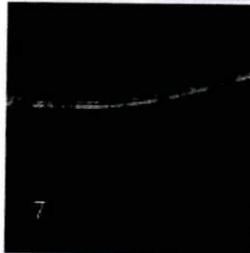
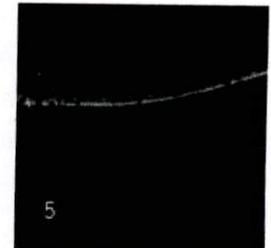
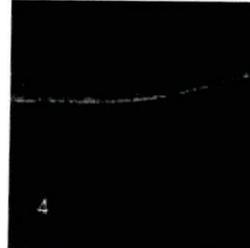
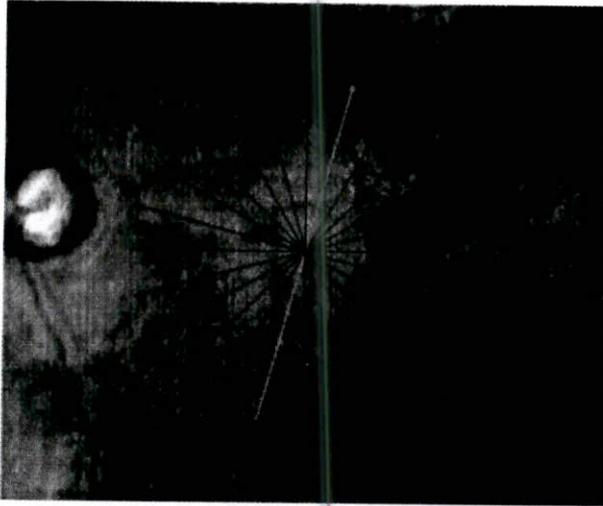
Sexe: Masculin Numéro de série: 5000-6064

Technicien : Operator, Cirrus Puissance du signal: 6/10

Images haute définition: HD Radial

OD OS

Longueur: 6 mm



Commentaires

Signature du médecin

SW Ver: 8.0.0.518
Copyright 2014
Carl Zeiss Meditec, Inc
All Rights Reserved

Page 1 sur 1

CABINET D'ORTHOPTIE

Fettouma JOUAHRI

*Diplômée de la faculté de
Médecine de Bordeaux*

Houda LAHLOU

*Diplômée de la faculté de
Médecine de Montpellier.*

Casablanca , Le 21. 06. 22

FACTURE 409/22

Je soussignée , certifie avoir reçu de la part de

Mme - Mr ZOUROUTI HARID

La somme de **500 Dhs (cinq cents dirhams)**

Pour un Champ Visuel .

Examen prescrit par son médecin traitant .

CABINET D'ORTHOPTIE
Fettouma JOUAHRI
Houda LAHLOU
19, Rue Hadj Omar Riffi - Casablanca
Tél.: 05 22 30 63 10/05 22 54 11 49

19 ,Rue Hadj Omar Riffi-Casablanca- Tél : 0522.30.63.10 / 0522.54.11.49

Patentes : Numéro : 34307078 / 34307079

ICE : 001930840000067 / 001986132000013

Docteur Dalila SBAI IDRISSE

Ophthalmologiste

Echographie - Pachymétrie - Angiographie - Topographie

Laser - Lentilles de contact

Phacoémulsification - Strabologie

Chirurgie réfractive

الدكتورة دليلة السباعي الإدريسي

اختصاصية في أمراض و جراحة العيون

جراحة الساد (الجلالة)

بالأمواج فوق الصوتية

تخطيط الشبكية الوعائي

الليزر - الحول - تقويم الرؤية بالليزر

Casablanca, le.....**23 mars 2022**.....

لايقبل أي تغيير لتاريخ الفحص
Mr. ZOUROUTI Hamid

OCT maculaire et du nerf optique

Clinique JERRADA OASIS
Service de Radiologie
Casablanca
Tél : 05 22 99 37 48

Dr. Dalila SBAI IDRISSE
Ophthalmologiste
Boulevard My Drais ter
Tél : 05 22 86 06 06

Docteur Dalila SBAI IDRISSE

Ophthalmologiste

Echographie - Pachymétrie - Angiographie - Topographie

Laser - Lentilles de contact

Phacoémulsification - Strabologie

Chirurgie réfractive

الدكتورة دليلة السباعي الإدريسي

اختصاصية في أمراض و جراحة العيون

جراحة الساد (الجلالة)

بالأمواج فوق الصوتية

تخطيط الشبكية الوعائي

الليزر - الحول - تقويم الرؤية بالليزر

Casablanca, le.....**23 mars 2022**.....

لايقبل أي تغيير لتاريخ الفحص
Mr. ZOUROUTI Hamid

Monture + verres correcteurs progressifs
Antireflets

VL : OD = + 0.75 (- 0.75 à 76°)

OG = Plan (- 0.75 à 40°)

VP : ODG = Add : + 2.50

EIP 64 mm

Dr. Dalila SBAI IDRISSE
Ophthalmologiste
84, Bd. Moulay Driss 1er
Tél. 05 22 86 06 06

CLINIQUE JERRADA OASIS



090061078

CASABLANCA Le : 20-06-2022

Facture N° 11402/22

A. Identification

N° Dossier : CJO22F20105859

N° Identifiant : 043600/21

Nom & Prénom : M. ZOUROUTI HAMID

C.I.N : B239544

Adresse : CASA

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE : Adresse :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 20-06-2022

Date Sortie : 20-06-2022

Médecin traitant : DR. SBAI IDRISSI DALILA

Traitement :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
RADIOLOGIE						
1	O.C.T		1 200,00			1 200,00
Total Rubrique :						1 200,00
PARTIE CLINIQUE :						1 200,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						0,00
Arrêté la présente facture à la somme de :						TOTAL GENERAL 1 200,00

MILLE DEUX CENTS DIRHAMS

Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :

signature de l'assuré

Clinique JERRADA OASIS
Service de Radiologie
Casablanca
Tél : 05 22 39 37 48