

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSÉMENTS 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.

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

713999

Déclaration de Maladie : N° P19- 0007126

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 02582 Société : LA M

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ARRRIAS EL MOSTAFA Date de naissance : 01.01.59

Adresse : 3 AVENUE AL MASSIRA Agemmar

Tél. : 0661336911 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 07/06/2022

Nom et prénom du malade : ARRRIAS EL MOSTAFA Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Connecte optique

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 : / /

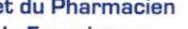
Signature de l'adhérent(e) :



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
07 06 22	CNS		300,00 H.S.	Dr. M. CHAPUT CHAPUT ALAIN Médecin

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Dr. Hanane EL YOUSSEF - Pharm. Douar Takoura - Sidi Ali Ben H Azzemmour - Bousaada Tel : 05 44 44 11 11	07/06/22	170000

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>Dr. Adil Wajdi ophtalmologiste Abdelwahab Bd. Abdellatif N° 22 El Meknès Téléphone : 0522 86 74 78 - GSM 0664</i>	06/06/22	var. Lecture	1200.0H

AUXILIAIRES MEDICAUX

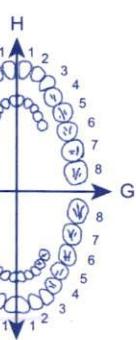
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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'ODF.

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			

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
onctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Ophtalmologiste

- Chirurgie de la cataracte (phako)

- Strabisme - Glaucome - voies lacrymales

- Angio laser - Correction optique (LASIK)

Dr Hanane EL MALEH - Pharmacienne
Douar Takourant Sidi Ali Ben Hamdouche
Azemmour - Route de La Plage Far (Casablanca), le :
Tél: 05 23 37 64 20



اختصاصي في طب وجراحة العيون

- جراحة الجلالة - الحول - مساك الدموع

- داء الزرق - تصوير أوعية الشبكة - الليزر

- تصحيف البصر لايتك

07/06/2022

أوبتىبرد®
Optipred

Lot: YF0111
Fab: 05 21
Exp: 05 23
PPV: 23 DH 40



ARRIAS El Mostafa

- OPTIPRED COLLYRE fl

1 goutte, 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 15 jours

THEALOSE COLLYRE

1 goutte, 3 fois par jour en moyenne, et à la demande en cas de gêne, ou avant toute fixation visuelle prolongée, PDT 3 mois

Théa CE 0459

VR2762C10MAR/09/19



3 662042 003295
Distribué au Maroc par :
Laboratoires SOTHEMA
B.P. N°1, 27182 Bouskoura - Maroc
N° Homologation Maroc :
1573/26/6/2019/20/DM
PPV : 147,00 DH

17040

Dr. Hanane EL MALEH - Pharmacienne
Douar Takourant Sidi Ali Ben Hamdouche
Azemmour - Route de La Plage Far (Casablanca), le :
Tél: 05 23 37 64 20

Abdelmoumen Center,

Angle Bd Anoual et Bd Abdelmoumen 2ème étage N°211

Tramway station Abdelmoumen

Tél : 05 22 86 14 18 / 08 08 38 51 88

GSM : 06 44 05 49 05

E-mail : adilwahidy28@gmail.com

مجمع عبد المؤمن.

زاوية شارع أنواو و شارع عبد المؤمن الطابق الثاني الرقم 211

محطة الترامواي عبد المؤمن

الهاتف : 08 08 38 51 88 / 05 22 86 14 18

الهاتف المحمول : 06 44 05 49 05

البريد الإلكتروني : adilwahidy28@gmail.com

Docteur Adil WAHIDY

الدكتور عادل وحيد



Ophtalmologiste

- Chirurgie de la cataracte (phako)

- Strabisme - Glaucome - voies lacrymales

- Angio laser - Correction optique (LASIK)

اختصاصي في طب و جراحة العيون

- جراحة الجلاة - المول - مساك الدموع

- داء الزرق - تصوير أوعية الشبكة - الليزر

- تصحيح البصر لايتك

Clinique Belle Ville
391, Bd. Ghandi
Casablanca
FZ

Casablanca, le :

07/06/2022

ARRIAS El Mostafa

faire OCT EN ODG maculaire +

popilliae

Dr. Adil WAHIDY
Ophthalmologiste
Abdelmoumen Center
Angle Bd. Anoual et Bd. Abdelmoumen
2ème Etage N°211 Casablanca
Tél : 05 22 86 14 18 / 08 08 38 51 88
GSM : 06 44 05 49 05
E-mail : adilwahidy28@gmail.com

مجمع عبد المؤمن.

زاوية شارع أنواش و شارع عبد المؤمن الطابق الثاني الرقم 211

محطة الترامواي عبد المؤمن

الهاتف : 08 08 38 51 88 / 05 22 86 14 18

الهاتف المحمول : 06 44 05 49 05

البريد الإلكتروني : adilwahidy28@gmail.com

Abdelmoumen Center,
Angle Bd Anoual et Bd Abdelmoumen 2éme étage N°211
Tramway station Abdelmoumen
Tél : 05 22 86 14 18 / 08 08 38 51 88
GSM : 06 44 05 49 05
E-mail : adilwahidy28@gmail.com

CLINIQUE BELLE VILLE

CENTRE CARDIOVASCULAIRE

Casablanca

NOM DU PATIENT : M. ARRIAS ELMOSTAFA
DATE DE NAISSANCE : 01/01/1959**Sejour :** Du 07/06/2022 au 07/06/2022

Reçu N°: 1890

Paiement du 07/06/2022 13h45

Montant	1 200,00 Dh
Type de paiement	Espèce

Imprimé par : ZAHRI Fatiha Le 07/06/2022 13h45

Clinique Belle Ville
391 Bd. Ghandi
Casablanca
FZ

Nom:

ARRIAS, ELMOSTAFA

OD

OS

ID:

CZMI129523462

Date d'examen:

07/06/2022

07/06/2022

BELLE VILLE



Date de naissance: 01/01/1959

Heure de l'examen: 15:19

15:22

Sexe: Unknown

Numéro de série: 5000-6852

5000-6852

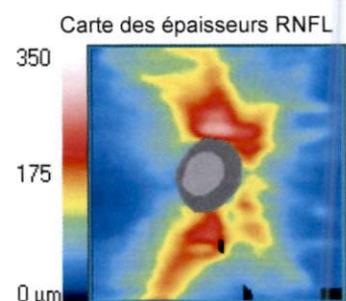
Technicien : WAHIDY, ADIL

Puissance du signal: 7/10

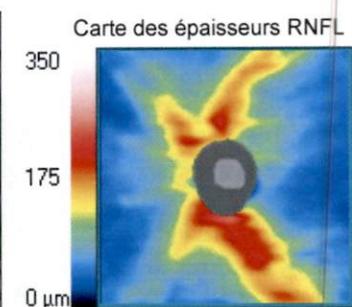
6/10

RNFL et ONH :Optic Disc Cube 200x200

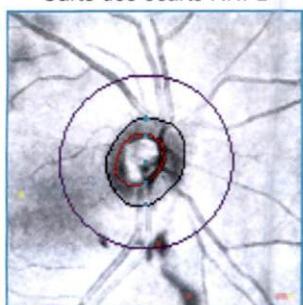
OD OS



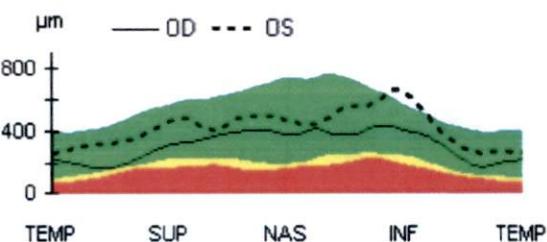
	OD	OS
Épaisseur moyenne RNFL	113 µm	108 µm
Symétrie RNFL	89%	
Aire de l'ANR	1,32 mm ²	1,65 mm ²
Aire du disque	2,10 mm ²	2,12 mm ²
Rapport C/D moyen	0,61	0,46
Rapport C/D vertical	0,58	0,38
Volume de l'excavation	0,424 mm ³	0,002 mm ³



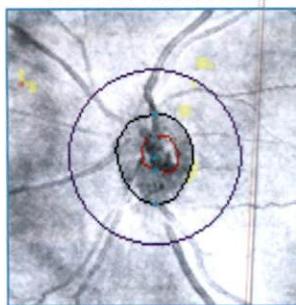
Carte des écarts RNFL



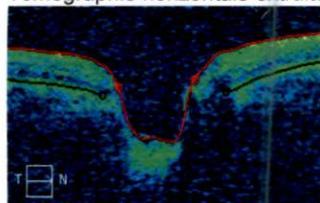
Épaisseur du bord de la neurorétine



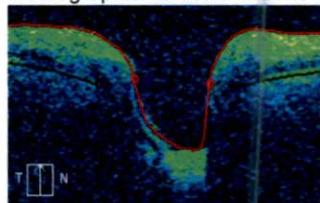
Carte des écarts RNFL



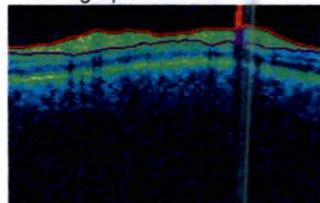
Centre du disque(-0,21,0,00)mm
Tomographie horizontale extraite



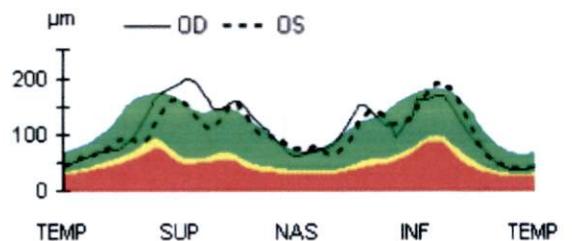
Tomographie verticale extraite



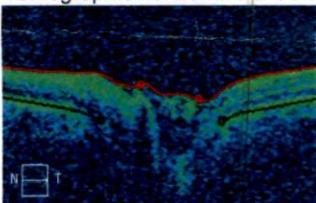
Tomographie circulaire RNFL



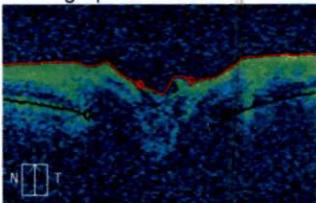
Épaisseur RNFL



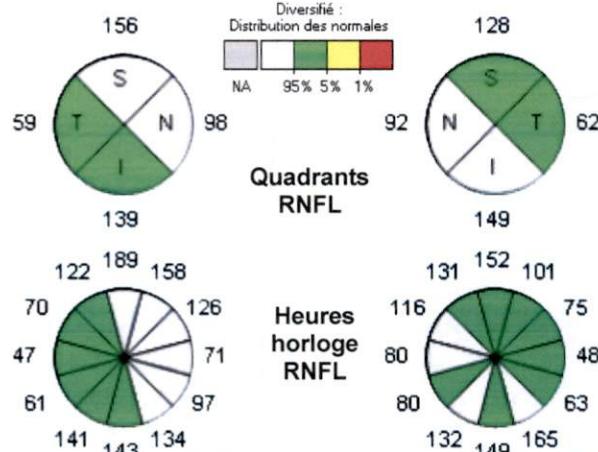
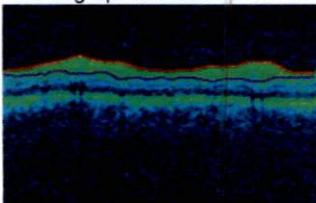
Centre du disque(-0,03,0,06)mm
Tomographie horizontale extraite



Tomographie verticale extraite



Tomographie circulaire RNFL



Commentaires

Signature du médecin

Nom:

ARRIAS, ELMOSTAFA

OD

OS

ID:

CZMI129523462

Date d'examen:

07/06/2022

OD

BELLE VILLE



Date de naissance: 01/01/1959

Heure de l'examen: 15:19

07/06/2022

OS

Sexe:

Unknown

Numéro de série:

5000-6852

5000-6852

Technicien : WAHIDY, ADIL

Puissance du signal:

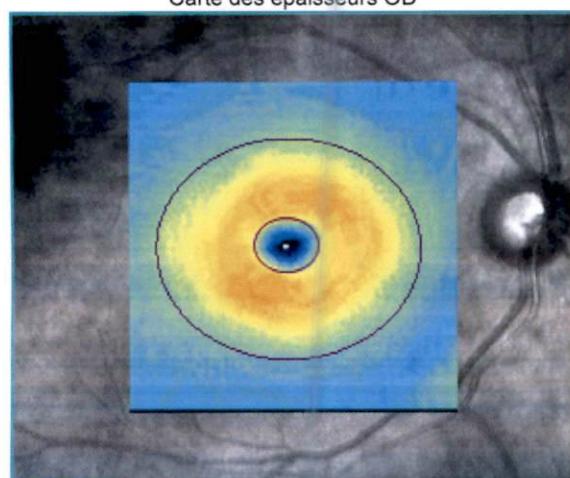
6/10

7/10

Analyse des cellules ganglionnaires : Macular Cube 512x128

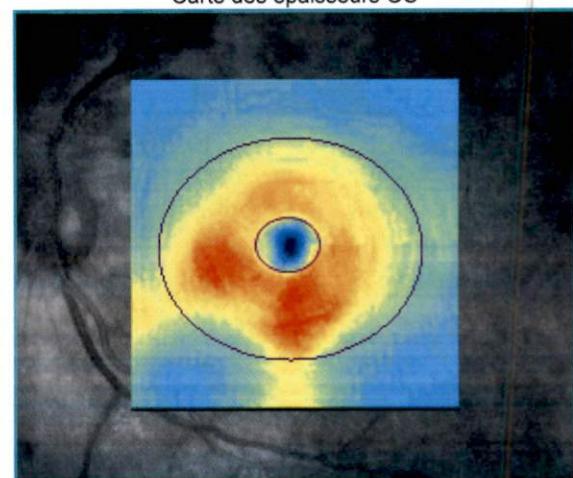
OD OS

Carte des épaisseurs OD



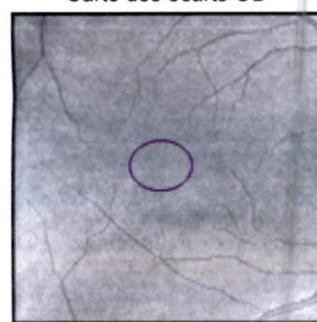
Fovéa : 246, 64

Carte des épaisseurs OS

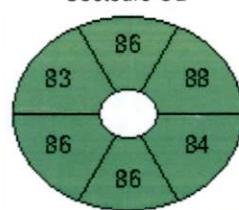


Fovéa : 247, 65

Carte des écarts OD



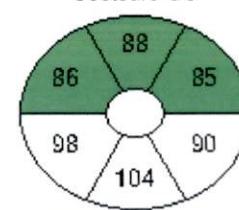
Secteurs OD



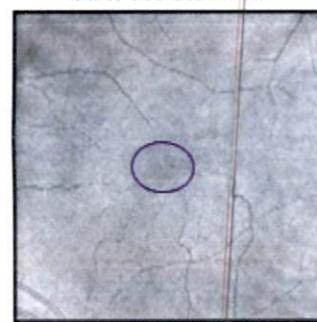
Diversité :
Distribution
des normales

95%
5%
1%

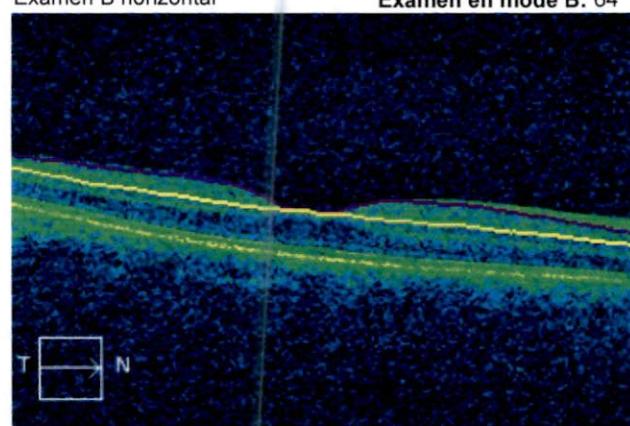
Secteurs OS



Carte des écarts OS

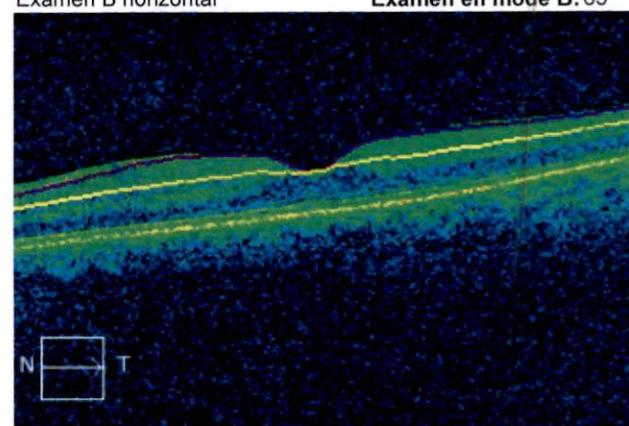


Examen B horizontal



Examen en mode B: 64

Examen B horizontal



Commentaires

Signature du médecin

SW Ver: 9.0.0.281
Copyright 2015
Carl Zeiss Meditec, Inc
All Rights Reserved

Page 1 sur 1

Nom:

ARRIAS, ELMOSTAFA

ID:

CZMI129523462 Date d'examen: 07/06/2022 BELLE VILLE

Date de naissance: 01/01/1959

Heure de l'examen: 15:20

Sexe:

Unknown

Numéro de série: 5000-6852

Technicien : WAHIDY, ADIL

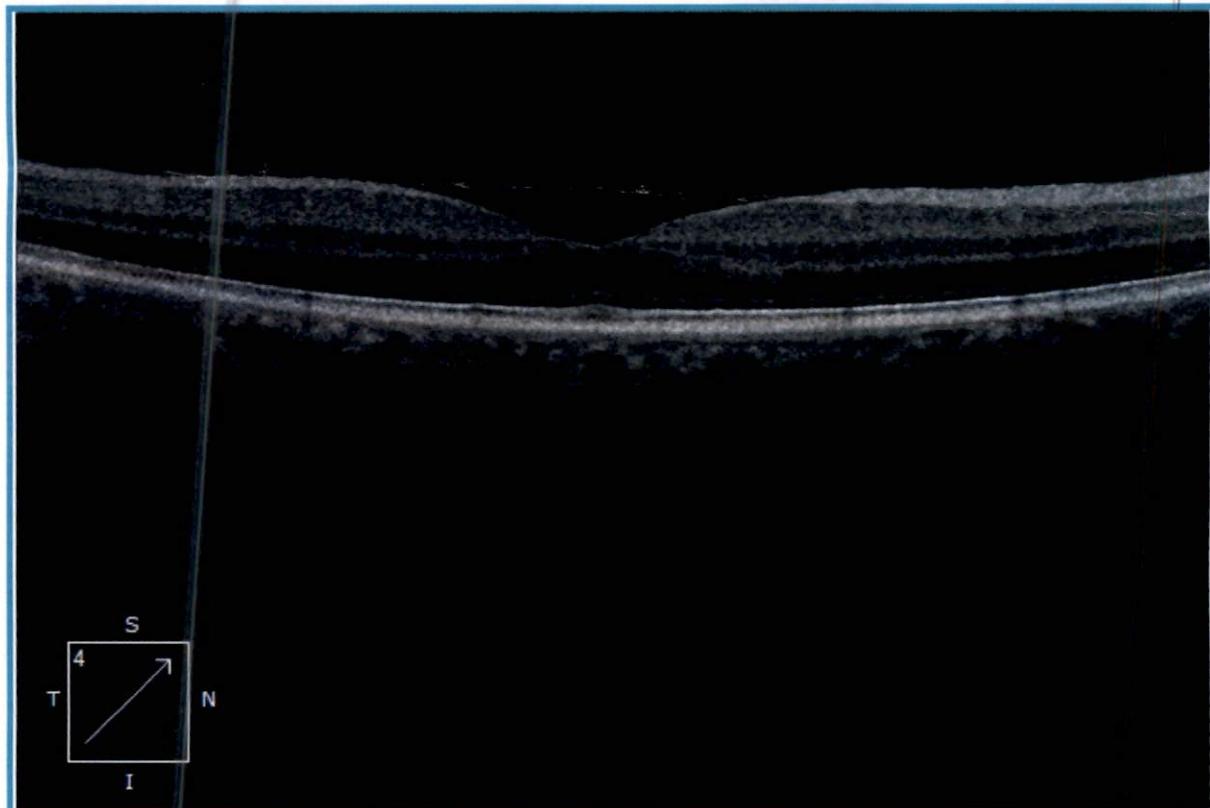
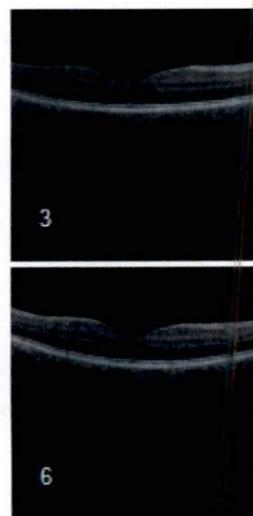
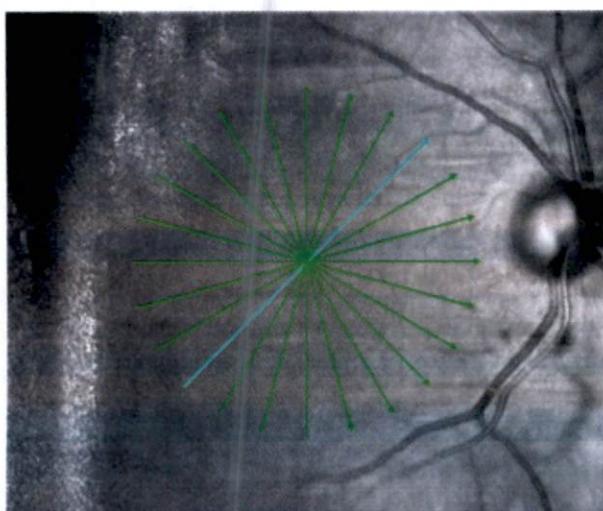
Puissance du signal: 8/10

ZEISS

Images haute définition: HD Radial

OD OS

Longueur: 6 mm



Commentaires

Signature du médecin

SW Ver: 9.0.0.281
Copyright 2015
Carl Zeiss Meditec, Inc
All Rights Reserved

Page 1 sur 1

Nom:

ARRIAS, ELMOSTAFA

ID:

CZMI129523462

Date d'examen:

07/06/2022

BELLE VILLE

Date de naissance: 01/01/1959

Heure de l'examen:

15:21

Sexe:

Unknown

Numéro de série:

5000-6852

Technicien : WAHIDY, ADIL

Puissance du signal:

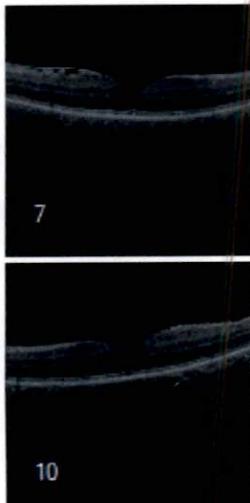
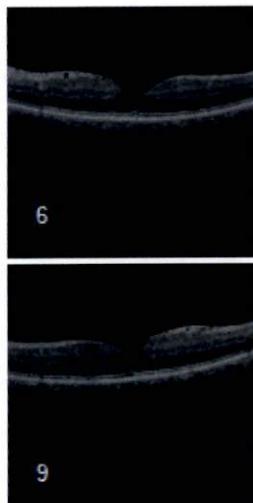
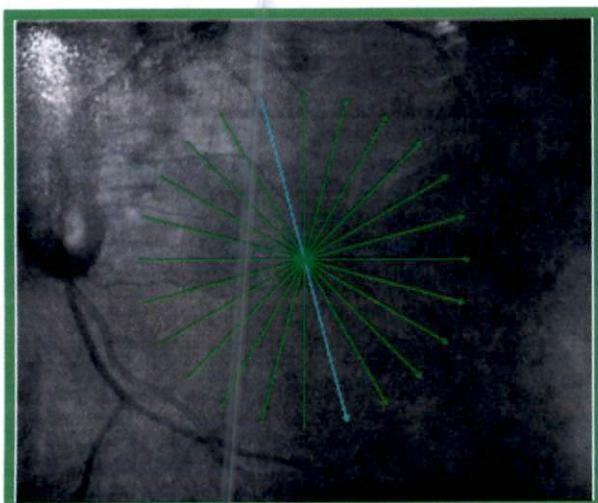
7/10



Images haute définition: HD Radial

OD OS

Longueur: 6 mm



9

10



Commentaires

Signature du médecin

SW Ver: 9.0.0.281
Copyright 2015
Carl Zeiss Meditec, Inc
All Rights Reserved
Page 1 sur 1

Nom:

ARRIAS, ELMOSTAFA

ID:

CZMI129523462

Date d'examen:

07/06/2022

BELLE VILLE



Date de naissance:

01/01/1959

Heure de l'examen:

15:19

Sexe:

Unknown

Numéro de série:

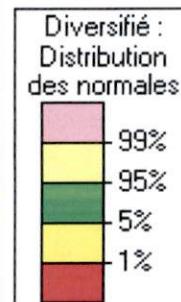
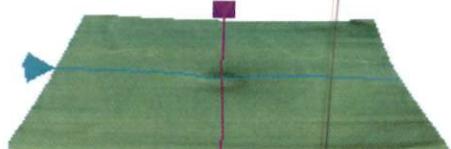
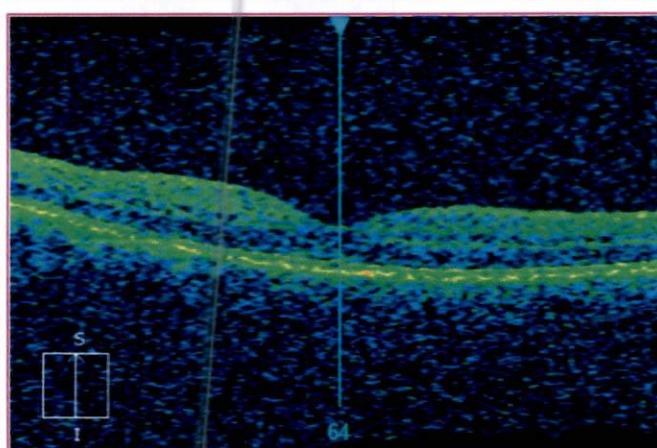
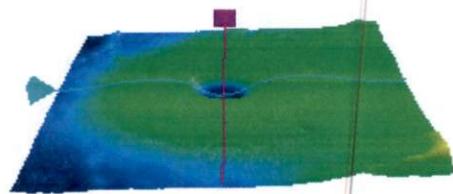
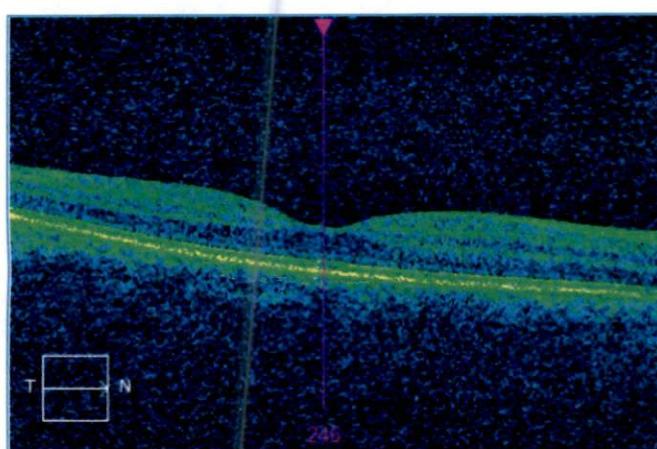
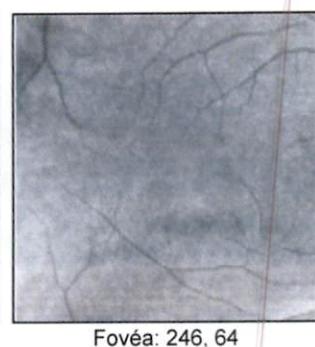
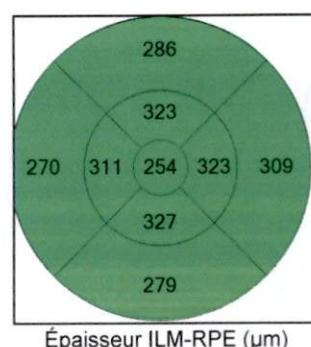
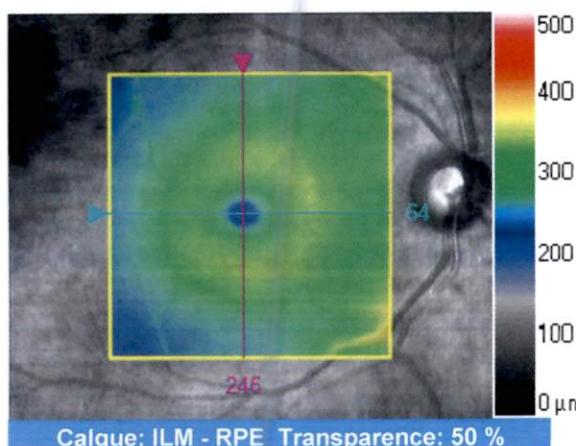
5000-6852

Technicien : WAHIDY, ADIL

Puissance du signal:

6/10

Épaisseur maculaire : Macular Cube 512x128

OD
 OS


	Épaisseur moy. centrale (μm)	Volume du cube (mm³)	Ép. cube moy. (μm)
ILM - RPE	254	10,4	290

Commentaires

Signature du médecin

SW Ver: 9.0.0.281
 Copyright 2015
 Carl Zeiss Meditec, Inc
 All Rights Reserved
 Page 1 sur 1

Nom:

ARRIAS, ELMOSTAFA

ID:

CZMI129523462

Date d'examen:

07/06/2022



BELLE VILLE

Date de naissance:

01/01/1959

Heure de l'examen:

15:21

Sexe:

Unknown

Numéro de série:

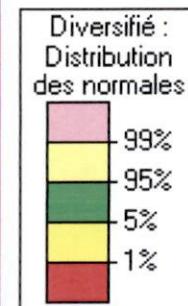
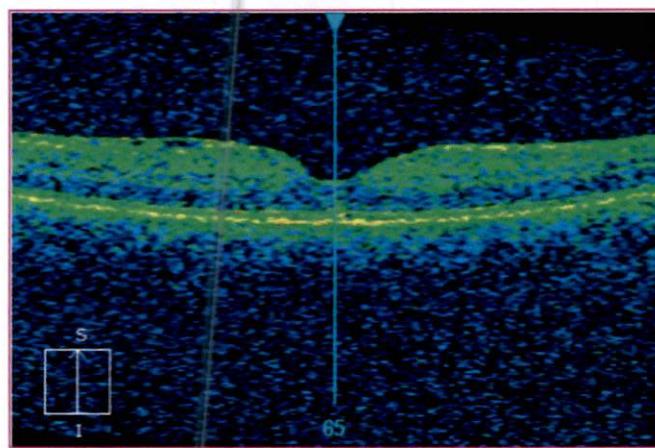
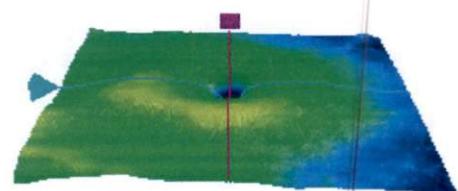
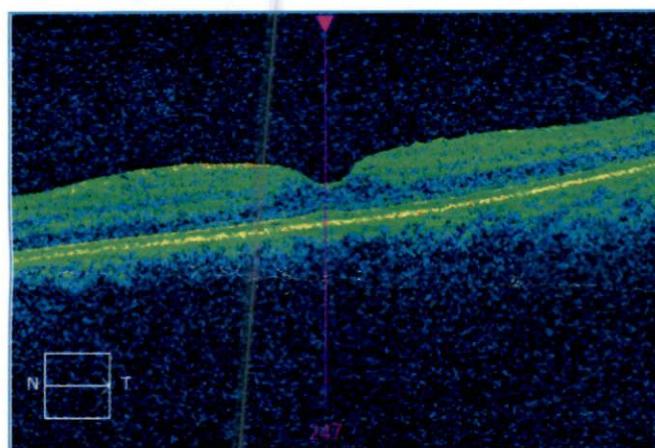
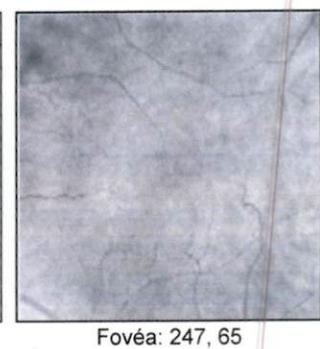
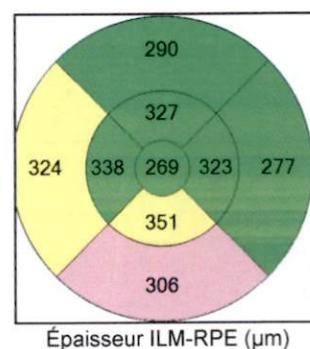
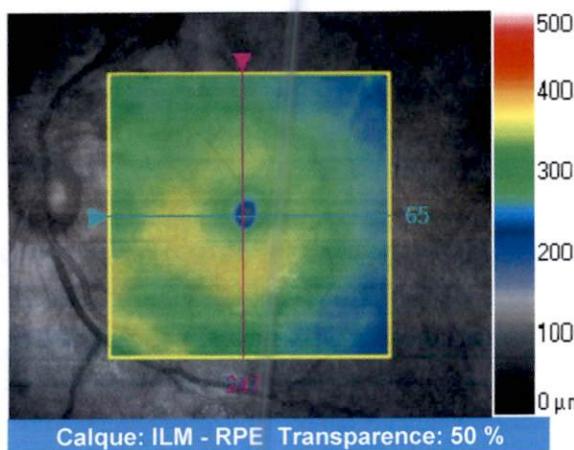
5000-6852

Technicien : WAHIDY, ADIL

Puissance du signal:

7/10

Épaisseur maculaire : Macular Cube 512x128

OD OS 

Diversifié : Distribution des normales	99%	95%	5%	1%

	Épaisseur moy. centrale (μm)	Volume du cube (mm ³)	Ép. cube moy. (μm)
ILM - RPE	269	10,8	299

Commentaires

Signature du médecin

SW Ver: 9.0.0.281
 Copyright 2015
 Carl Zeiss Meditec, Inc
 All Rights Reserved
 Page 1 sur 1

CLINIQUE BELLE VILLE
CENTRE CARDIOVASCULAIRE

Patient : M. ARRIAS ELMOSTAFA
Séjour : Du 07/06/2022 au 07/06/2022

FACTURE
202200881
Du : 07/06/2022

Etablie par : Z. Fatiha

Clinique

Prestation	Quantité	Prix Unitaire	Total
TOMOGRAPHIE EN COHERENCE OPTIQUE	1	1 200,00	1 200,00
TOTAL CLINIQUE			1 200,00

Encaissement Compte d'Autrui

Prestation	Quantité	Prix Unitaire	Total
TOTAL AUTRUI			0,00

Ventes en exonération de la TVA suivant l'article n°91-VI-1° du C.G.I

Arretée la presente facture à la somme de MILLE DEUX CENTS DIRHAMS

	Patient
Total TTC	1 200,00

Modalité de paiement	Ref Cheque	Montant	Solde
ESPECE		1 200,00 Dh	0,00 Dh

Clinique Belle Ville
391, Bd. Ghandi
Casablanca
EZ

CLINIQUE BELLE VILLE

CENTRE CARDIOVASCULAIRE

Casablanca

BULLETIN D'ENTREE / SORTIE

N° DE DOSSIER 2201546

NOM DU PATIENT M. ARRIAS ELMOSTAFA

MÉDECIN TRAITANT WAHIDY ADIL

PRISE EN CHARGE PAYANT MUPRAS

NUMERO PRISE EN CHARGE

DATE D'ENTREE 07/06/2022

DATE DE SORTIE 07/06/2022

