

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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



## Déclaration de Maladie

N° W21-718564

134396

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 06638 Société : RNM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : M. ELKHALFI ELMESTADA

Date de naissance : 01/01/62

Adresse : CASA

Tél. : 0661066938 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : ELKHALFI ELMESTADA Age : 60 ans

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 : CASA Le : 30/09/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



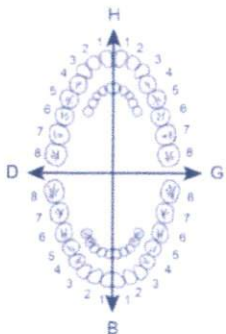
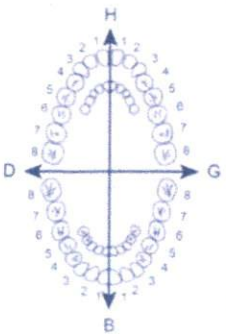


RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le paiement des Actes
30/09/22	SS (CPA)		3.000H	Dr. OUISSAM BERTAL RÉANIMATEUR

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

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	30/09/22	OCT	1200 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																			
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 094013182															
				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			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"/>															
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		
	H																		
	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
	D	G																	
	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
	B																		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique: nécessaire à la profession																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# CLINIQUE AL MADINA

## F A C T U R E

N° : 18238 / 2022 du 30/09/2022

CPA

Nom patient **EL KHALFI EL MESTAPHA**

Entrée 30/09/2022

**PAYANT**

Sortie 30/09/2022

Désignation des prestations		Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
FRAIS CLINIQUE	CPA	1,00		150,00	150,00
				Sous-Total	150,00
<b>Total Clinique</b>					<b>150,00</b>

DR. BERRADA OUISSAM (anesthésiste)	CPA	1,00		150,00	150,00
				Sous-Total	150,00
<b>Total Autres prestations</b>					<b>150,00</b>

<b>Arrêtée la présente facture à la somme de :</b>					
TROIS CENTS DIRHAMS			<b>Total</b>		
			<b>300,00</b>		

**Dr. Ouissam BERRADA**  
**RÉANIMATEUR**

**CLINIQUE AL MADINA**  
**Facturation**  
532 Bd Panoramique Casablanca  
Tél : 05 22 77 77 40 à 49 (L.G)  
Fax : 05 22 25 00 00





Le 30/09/2022

**COMPTE RENDU : OCT MACULAIRE**

Patient : EL KHALFI El Mestapha

**Œil droit:**

- Profil maculaire normal.
- Epaisseur maculaire centrale : 253  $\mu$ m.

**Œil gauche:**

- Effacement de la dépression fovéolaire.
- Membrane épi rétinienne.
- Epaissement maculaire diffus.
- Ligne ellipsoïde continue.
- Epaisseur maculaire centrale : 441  $\mu$ m.

**Dr. Rachid ZAFAD**  
Ophtalmologiste  
532, Bd. Panoramique - Casablanca  
Tél.: 05 22 77 77 40 à 49 (LG)  
Fax: 05 22 25 00 01

**CLINIQUE AL MADINA**  
532, Bd. Panoramique - Casablanca  
Tél.: 05 22 77 77 40 à 49 (LG)  
Fax: 05 22 25 00 01

Patient: EL KHALFI, EL MESTAPHA  
Physician:  
Operator:  
Disease:

CLINIQUE AL MADINA

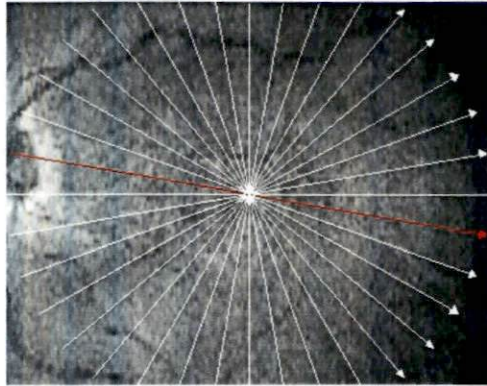
Gender: Male  
ID:

Exam Date: 30/09/2022  
DOB(age): 01/01/1962 (60)  
Ethnicity: Caucasian  
Algorithm Ver: A2018,1,0,33

## Radial Lines Comparison Report

Scan 30/09/2022 08:32:33

En Face IR



11

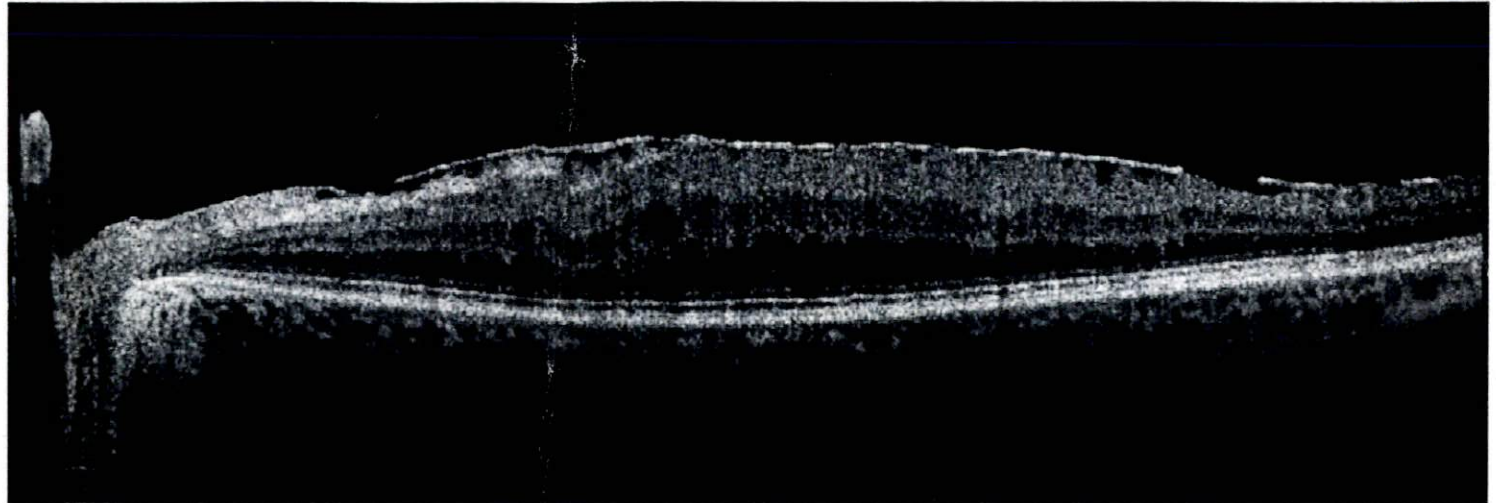
250µm

Signal Strength Index

64

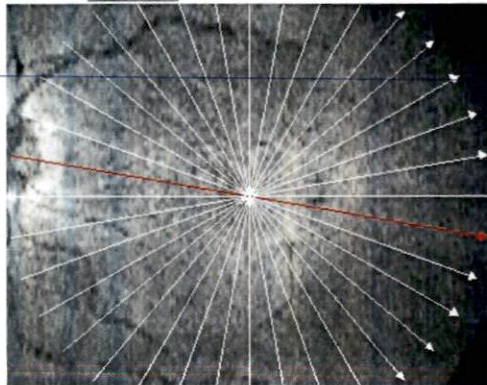
10.00 Scan Size (mm)

Left / OS



Auto Zoom

En Face IR



11

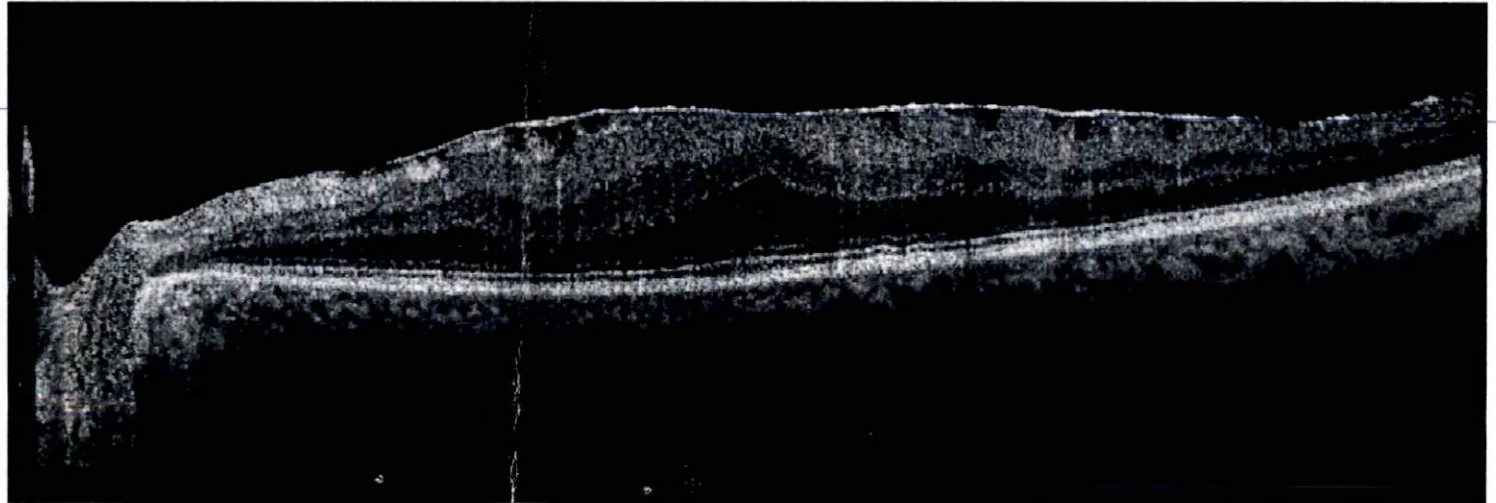
250µm

Signal Strength Index

65

10.00 Scan Size (mm)

Left / OS



Scan 03/01/2022 13:03:25

Report Date: vendredi 30/09/2022 08:34:17

Software Version: 2018,1,0,33

Comment:

Signature:

Defining the OCT Revolution





Patient: EL KHALFI, EL MESTAPHA  
 Physician:  
 Operator:  
 Disease:

CLINIQUE AL MADINA

Gender: Male  
 ID:

Exam Date: 30/09/2022  
 DOB(age): 01/01/1962 (60)  
 Ethnicity: Caucasian  
 Algorithm Ver: A2018,1,0,33

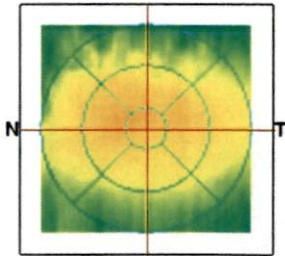
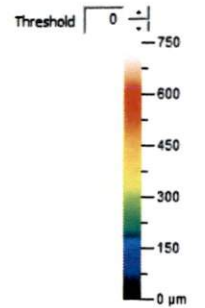
☒ ETDRS Change

☐ RPE Elevation

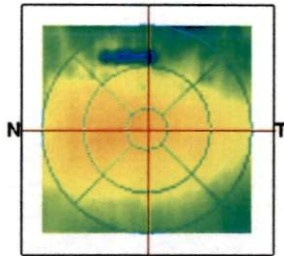
## Retina Map Change Analysis

### Full Retina Thickness Map

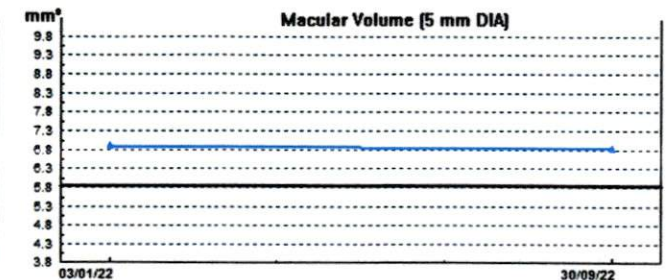
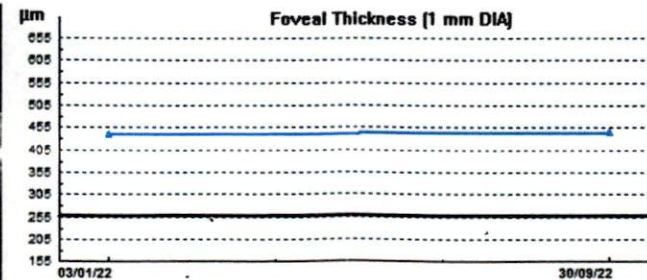
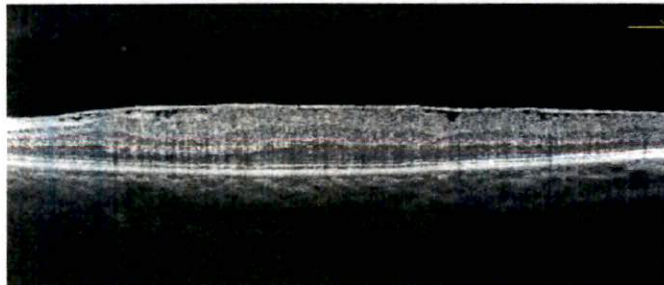
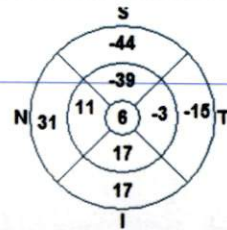
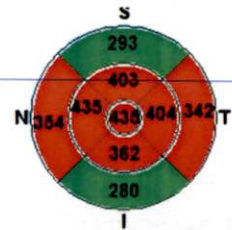
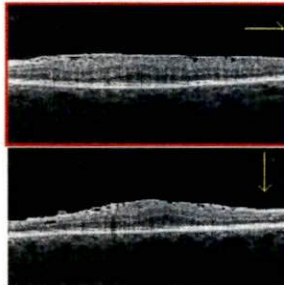
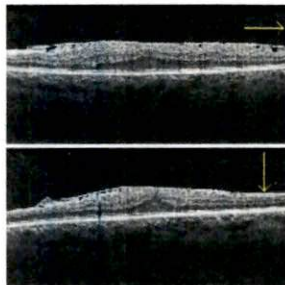
Left / OS



Date: 03/01/2022, SSI=62.1



Date: 30/09/2022, SSI=68.8



p > 95%  
 p > 95%  
 p > 5%  
 p > 1%  
 p < 1%

Report Date: vendredi 30/09/2022 08:34:38

Software Version: 2018,1,0,33

Comment:

Signature:

Defining the OCT Revolution



Patient: EL KHALFI, EL MESTAPHA  
Physician:  
Operator:  
Disease:

CLINIQUE AL MADINA

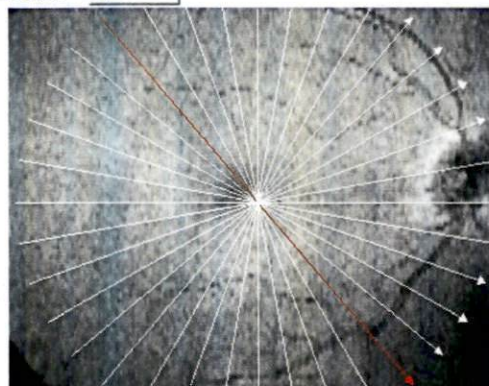
Gender: Male  
ID:

Exam Date: 30/09/2022  
DOB(age): 01/01/1962 (60)  
Ethnicity: Caucasian  
Algorithm Ver: A2018,1,0,33

## Radial Lines Comparison Report

Scan 30/09/2022 08:31:31

En Face IR



15

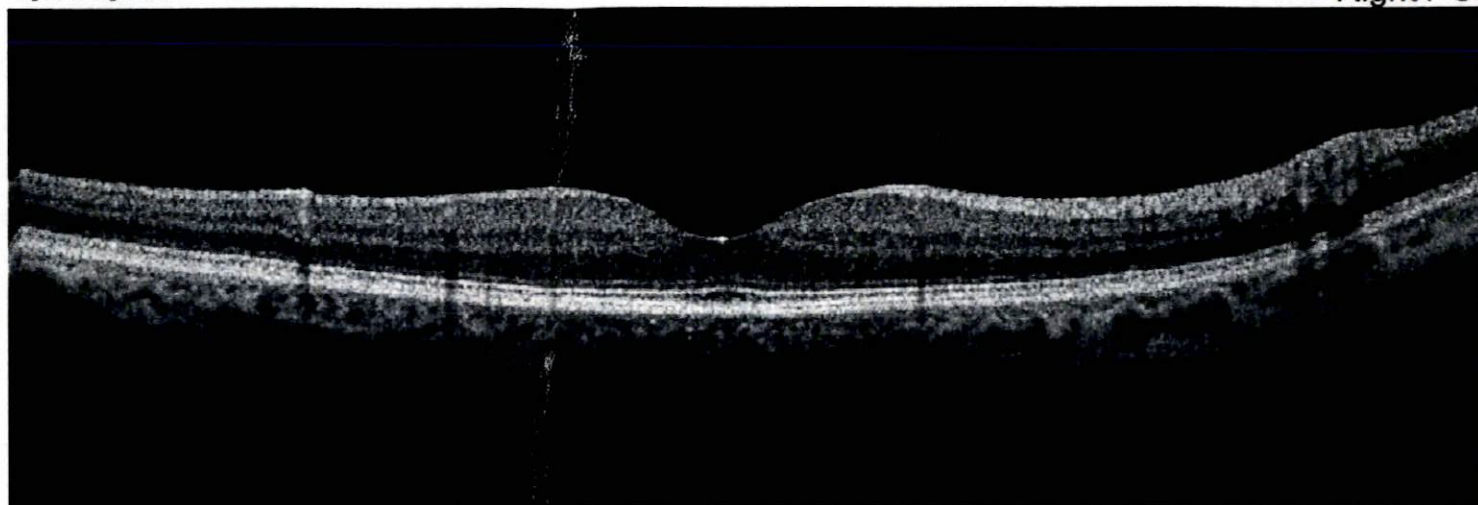
250µm

Signal Strength Index

74

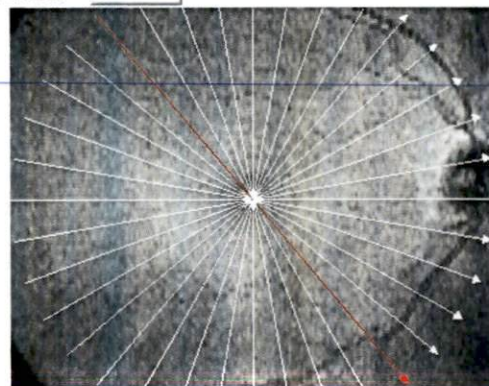
10.00 Scan Size (mm)

Right / OD



Auto Zoom

En Face IR



15

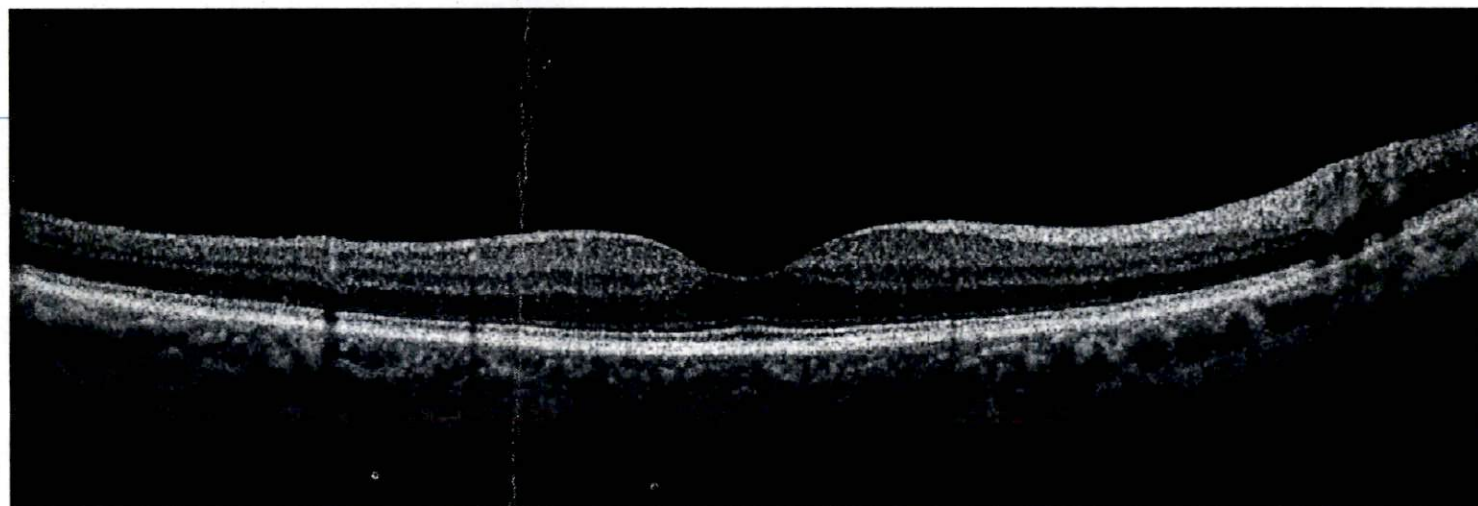
250µm

Signal Strength Index

69

10.00 Scan Size (mm)

Right / OD



Scan 03/01/2022 13:02:32

Report Date: vendredi 30/09/2022 08:33:27

Software Version: 2018,1,0,33

Comment:

Signature:

Defining the OCT Revolution





Patient: EL KHALFI, EL MESTAPHA  
Physician:  
Operator:  
Disease:

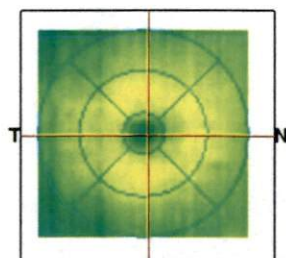
CLINIQUE AL MADINA

Gender: Male  
ID:

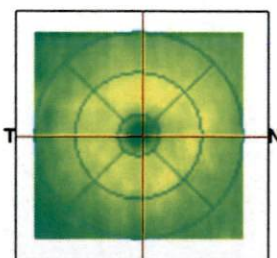
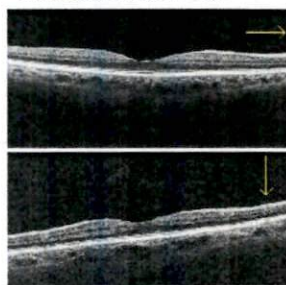
Exam Date: 30/09/2022  
DOB(age): 01/01/1962 (60)  
Ethnicity: Caucasian  
Algorithm Ver: A2018,1,0,33

☒ ETDRS Change

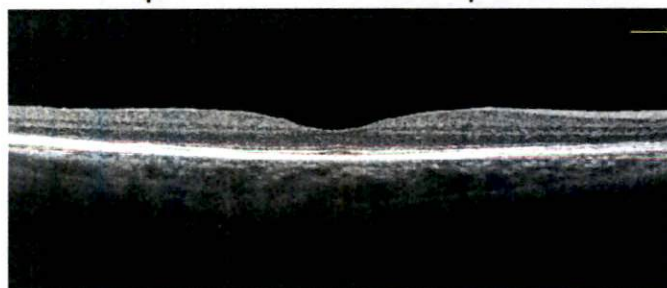
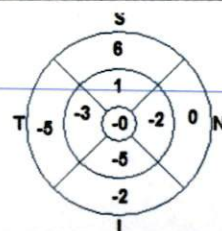
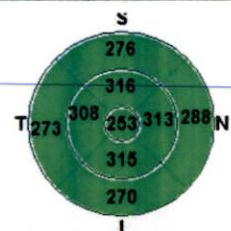
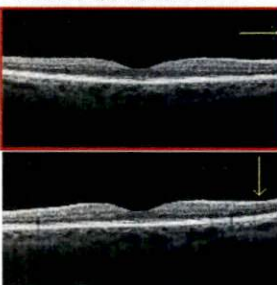
☐ RPE Elevation



Date: 03/01/2022, SSI=60.8



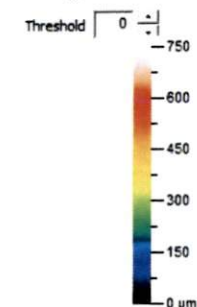
Date: 30/09/2022, SSI=72.1



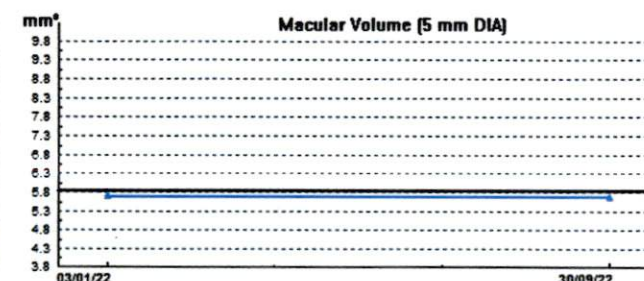
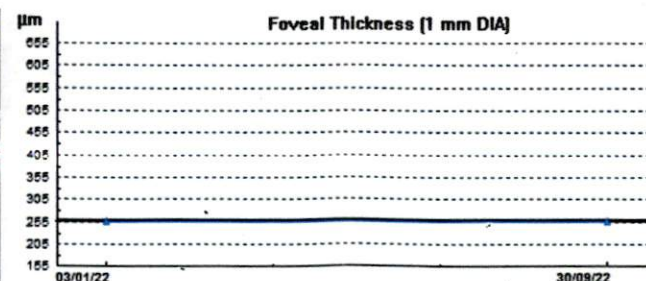
## Retina Map Change Analysis

### Full Retina Thickness Map

Right / OD



p > 95%  
p > 95%  
p > 5%  
p > 1%  
p < 1%



Report Date: vendredi 30/09/2022 08:33:45

Software Version: 2018,1,0,33

Comment:

Signature:

Defining the OCT Revolution







## ORDONNANCE

30 septembre 2022

**Mr EL KHALFI El Mestapha**

OCT maculaire  
Consultation pré anesthésique

**Dr. Rachid ZAFAD**  
Ophtalmologiste  
532, Bd Panoramique - Casablanca  
Tél.: 05 22 77 77 40 à 49 (L.G)  
Fax: 05 22 25 00 01

**CLINIQUE AL MADINA**  
P.O.  
532, Bd Panoramique - Casablanca  
Tél.: 05 22 77 77 40 à 49 (L.G)  
Fax: 05 22 25 00 01

# CLINIQUE AL MADINA

## F A C T U R E

N° : 18247 / 2022 du 30/09/2022

OCT

Nom patient **EL KHALFI EL MESTAPHA**  
**PAYANT**

Entrée 30/09/2022

Sortie 30/09/2022

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
OCT	1,00		1 200,00	1 200,00
			Sous-Total	1 200,00
<b>Total Clinique</b>				<b>1 200,00</b>

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>	
MILLE DEUX CENTS DIRHAMS	<b>Total 1 200,00</b>

**CLINIQUE AL MADINA**  
FACTURATION  
532, Bd Panoramique - Casablanca  
Tél.: 05 22 77 77 40 à 49 (L.G)  
Fax: 05 22 25 00 01