

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

0 Réclamation	: contact@mupras.com
0 Prise en charge	: pec@mupras.com
0 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° W21-718564

34396

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

06638

Société :

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

M. ELHALFI ELMESTARA

Date de naissance :

01/01/62

Adresse :

CASA

Tél. :

066.106.61.38

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

ELHALFI ELMESTARA

Age: 60 ans

Nom et prénom du malade

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

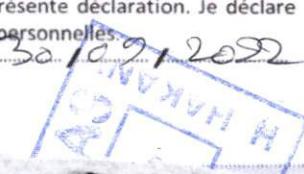
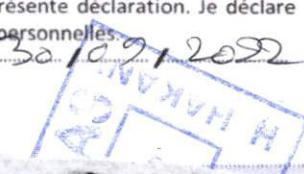
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 30/10/2022



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 Relèvement des Actes
30/09/2022	22 S 5 (c p.A)		300,00	

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 Cœfficients	Montant des Honoraires
	30/09/02	0 CT	1200 DH CLINIQUE AL MADINA FACTURATION Paramique - Casablanca Tél: 0524 40 19 (LG)

AUXILIAIRES MEDICAUX 532, B
TÉL: 61-05-532, B
FAX: 61-05-532, B

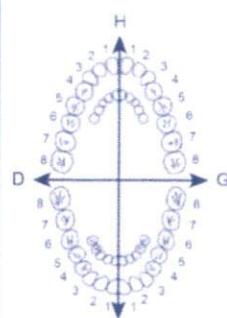
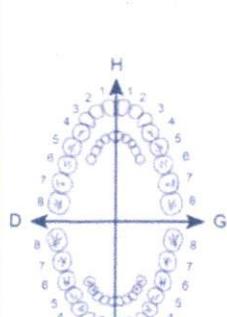
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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	INP : 094013182														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION 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 style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000		35533411		B	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	G																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D																	
	00000000																	
	35533411																	
	B	11433553																
(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	<i>CPA</i>	1,00	150,00	150,00
				<i>Sous-Total</i> 150,00
Total Clinique				150,00
DR. BERRADA OUISSAM (anesthesiste)	<i>CPA</i>	1,00	150,00	150,00
				<i>Sous-Total</i> 150,00
Total Autres prestations				150,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS	Total	300,00

*Dr. Ouissam BERRADA
RÉANIMATEUR*

*CLINIQUE AL MADINA
532 Bd Panoramique, Casablanca
Tél : 05 22 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 µm.

Œil gauche:

- Effacement de la dépression foveolaire.
- Membrane épi rétinienne.
- Epaississement maculaire diffus.
- Ligne ellipsoïde continue.
- Epaisseur maculaire centrale : 441 µm.

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

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

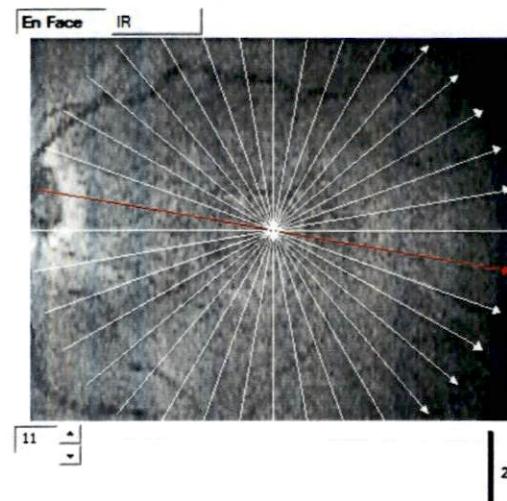
CLINIQUE AL MADINA

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

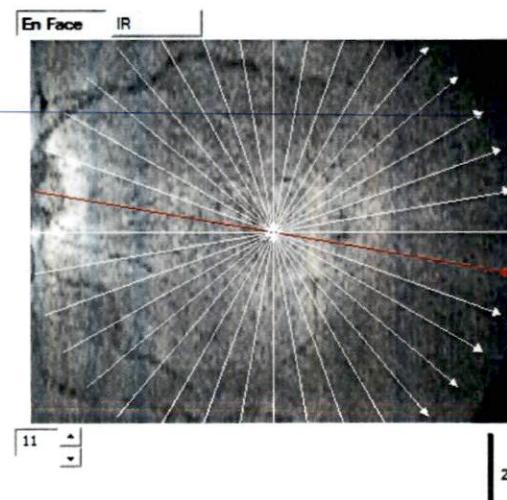
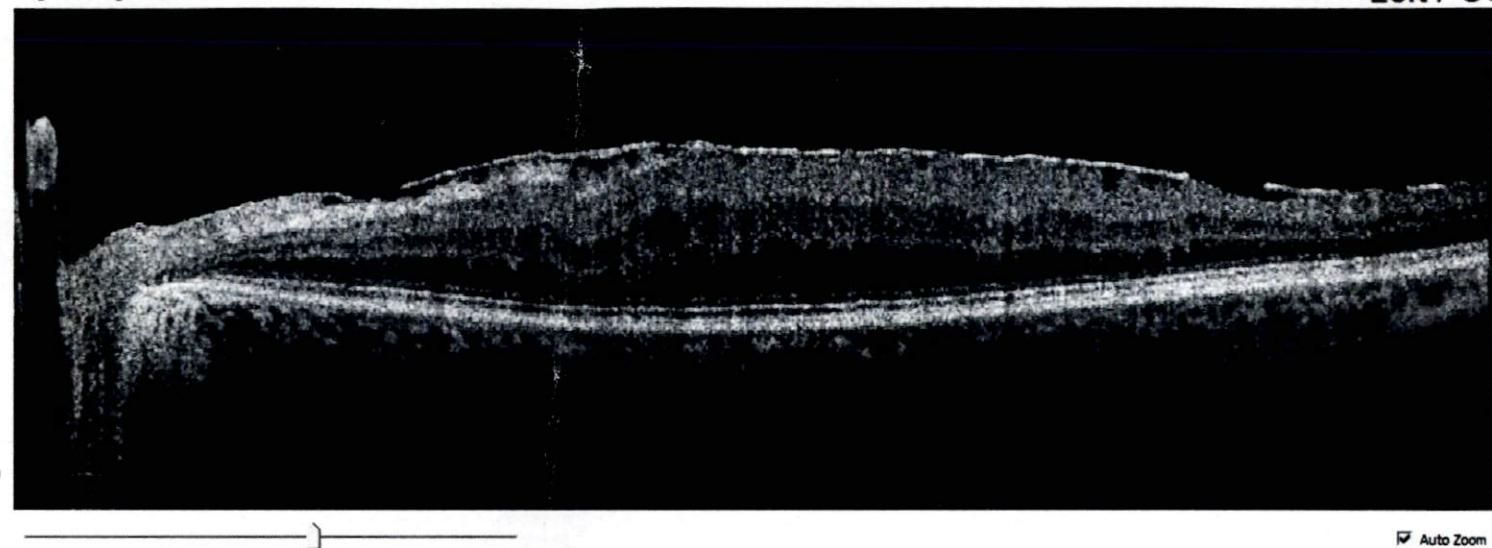


Signal Strength Index

64

10.00 Scan Size (mm)

Left / OS



Scan 03/01/2022 13:03:25

Signal Strength Index

65

10.00 Scan Size (mm)

Left / OS

Software Version: 2018,1,0,33

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

Comment:

Signature:

Defining the OCT Revolution



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

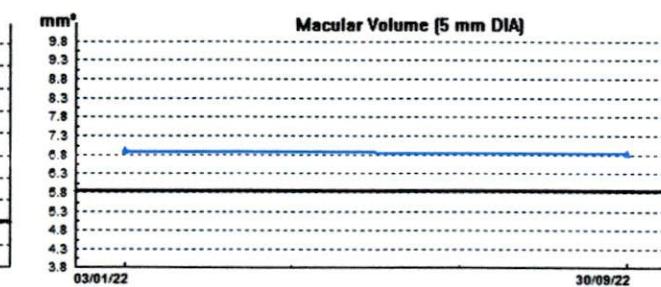
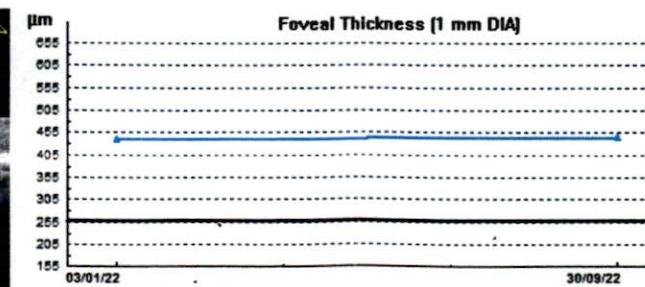
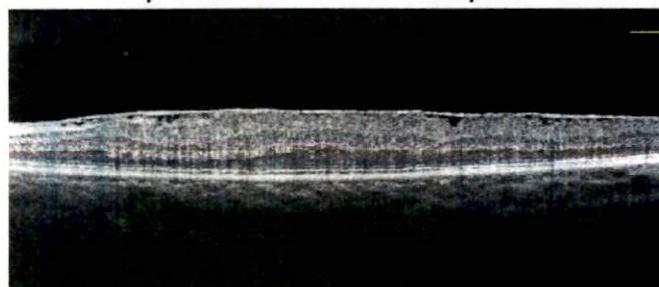
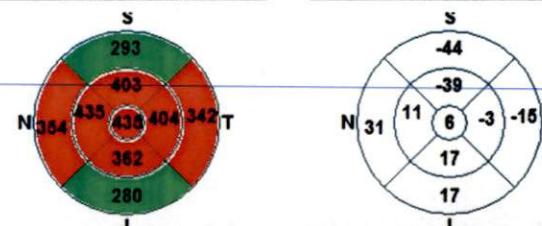
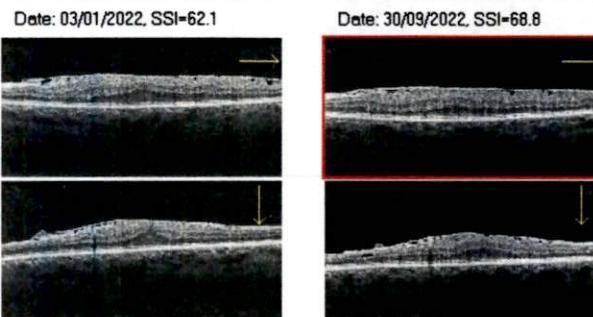
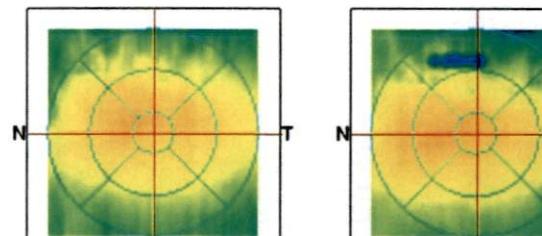
CLINIQUE AL MADINA

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



Left / OS

Threshold 0 750

600
450
300
150
0 μm

p > 99%
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:

OPTOVUE

Defining the OCT Revolution

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

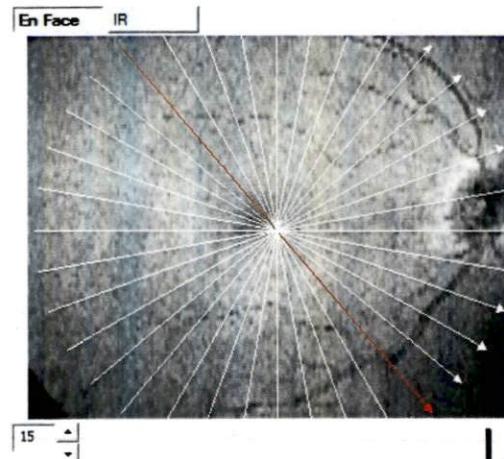
CLINIQUE AL MADINA

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

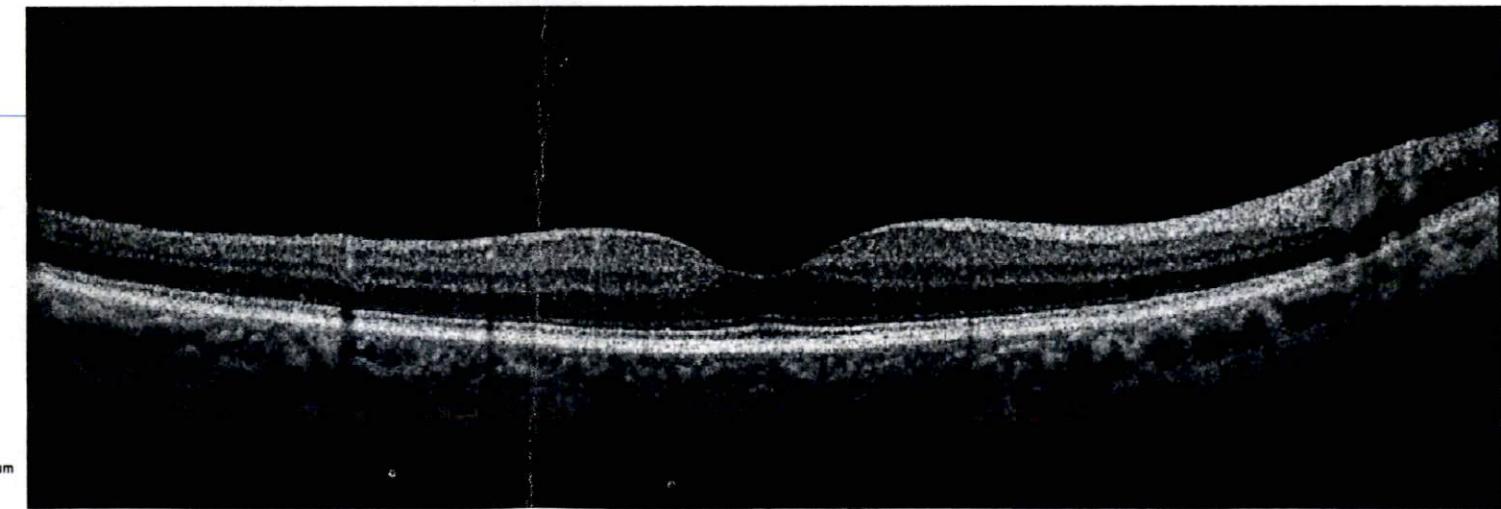
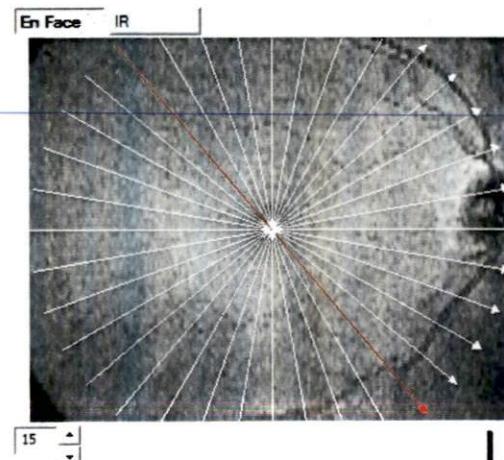
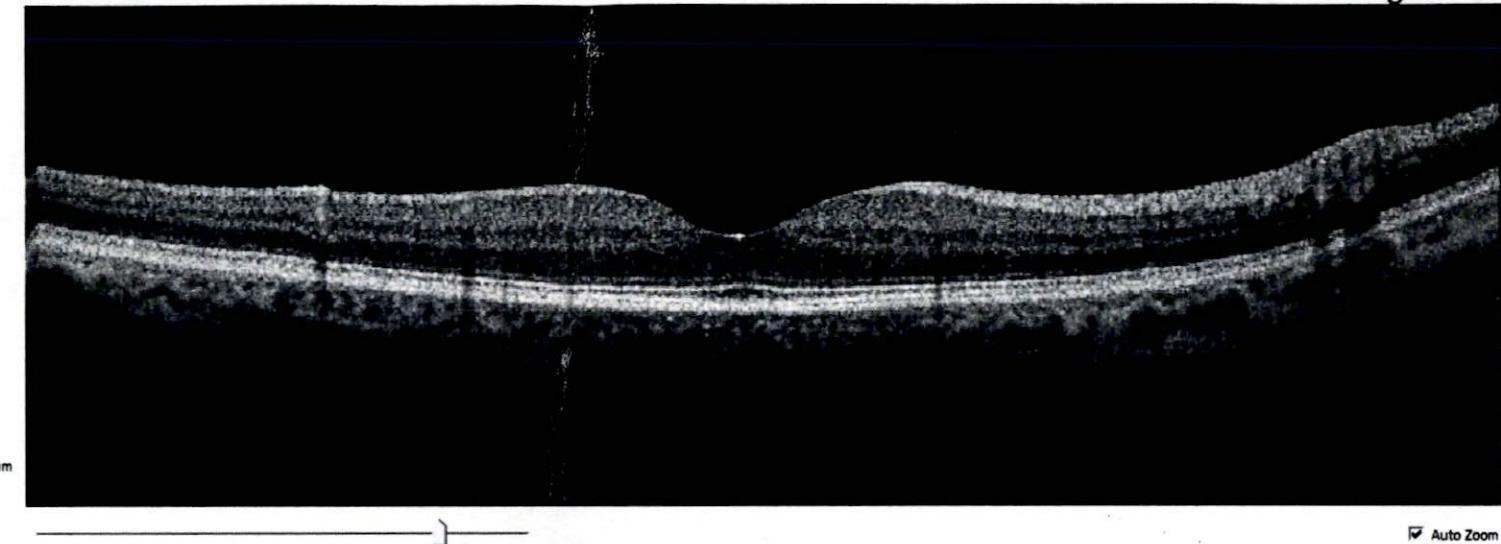


Signal Strength Index

74

10.00 Scan Size (mm)

Right / OD



Scan 03/01/2022 13:02:32

Signal Strength Index

69

10.00 Scan Size (mm)

Right / OD

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:

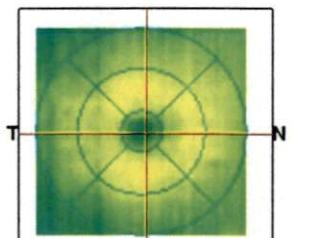
CLINIQUE AL MADINA

Gender: Male
ID:

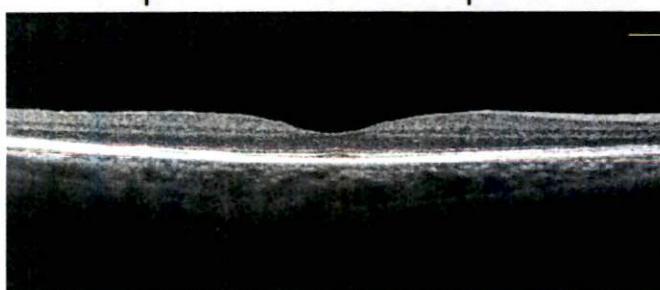
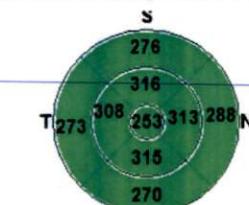
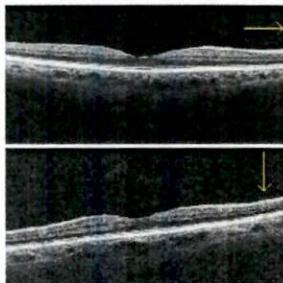
Exam Date: 30/09/2022
DOB(age): 01/01/1962 (60)
Ethnicity: Caucasian
Algorithm Ver: A2018,1,0,33

ETDRS Change

RPE Elevation



Date: 03/01/2022, SSI=60.8

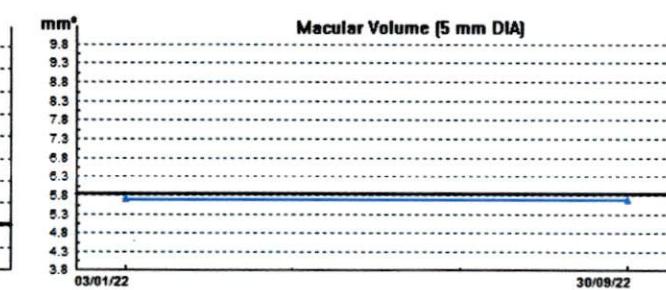
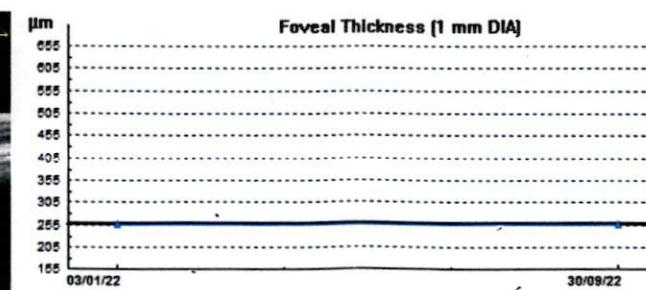
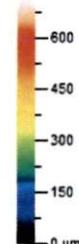


Retina Map Change Analysis

Full Retina Thickness Map

Right / OD

Threshold



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

Software Version: 2018.1.0.33

Comment:

Signature:

 OPTOVUE

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 (LG)
Fax : 05 22 25 00 01

CLINIQUE AL MADINA
PEO
532 Bd Panoramique - Casablanca
Tel. : 05 22 77 77 40 à 49 (LG)
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	Entrée	30/09/2022
	PAYANT	Sortie	30/09/2022

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

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	1 200,00
MILLE DEUX CENTS DIRHAMS		

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