

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2284 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : EL OUJANI ESSABAH

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0770941893 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 23/12/2012

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Allal Ben Abdellah

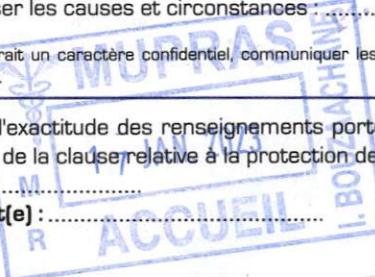
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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
05/01/2017	01/01/2017	10000.00		Dr. A. Meritam H.A.O. Opticien Optométriste www.avisik.ma 3ème étage Centre des Urgences Averroès NIP : 091074039
23/10/2017	23/10/2017	1000.00		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

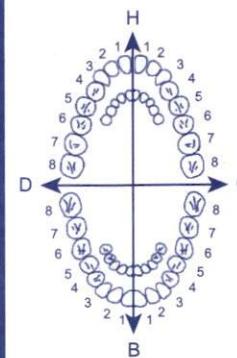
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

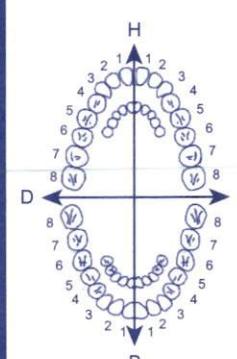


O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

(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

Dr. Meriem HAROUCH

Ophtalmologiste

Ex enseignante à la faculté de
médecine de Casablanca



الأستاذة مريم الهاروش
اختصاصية في أمراض
و جراحة العيون

Casablanca, le 23/12/2012

Note d'honoraire

Le docteur..... i. A. Meriem HAROUCH
Ophtalmologiste
www.lasik.ma
44, rue des hôpitaux - 3ème étage
INP : 091074039

Al' honneur de présenter ses meilleures salutations à

Mme Mlle Mr..... C. O. U. J. D. N. S. C. S. S. O. R. B. D. H.

Et lui adresse selon l'usage, sa note d'honoraire

Soit la somme..... 1.000.000

Pour..... 0.01.000.000

Pr. A. Meriem HAROUCH
Ophtalmologiste
www.lasik.ma
44, rue des hôpitaux - 3ème étage
En face des Urgences Averroes
INP : 091074039

Chirurgie réfractive LASIK - Implants
Chirurgie Cornéenne - Kérotocône - Lentilles
Centre d'exploration, Pentacam
Angiographie Numérisée - Laser - Echographie

Dr. Meriem HAROUCH

Ophtalmologiste

Ex enseignante à la faculté de médecine de Casablanca



الأستاذة مريم الهاروش
اختصاصية في أمراض
و جراحة العيون

23 décembre 2022

Casablanca, Maroc

Mr EL OJANI Essabah

Compte rendu OCT ONH

Œil droit : Examen normal au niveau du RNFL et GCC

Œil gauche: membrane près papillaire

Diminution de l'Average RNFL en rapport de la diminution supérieure.

Épaisseur plus faible en nasal à 76 µm

Cup /disc : normal

GCC: RAS

Conclusion :

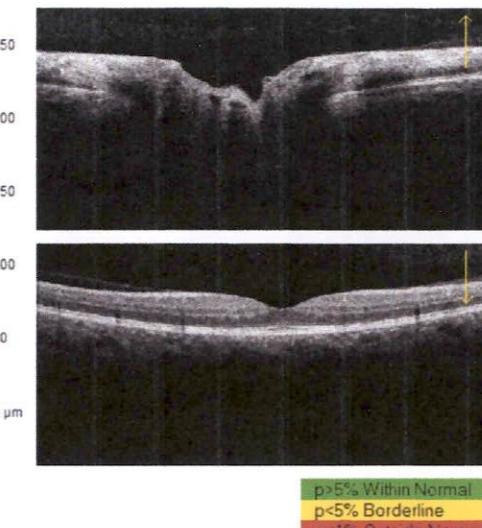
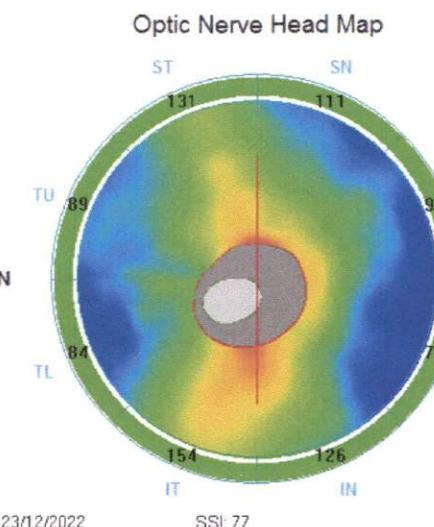
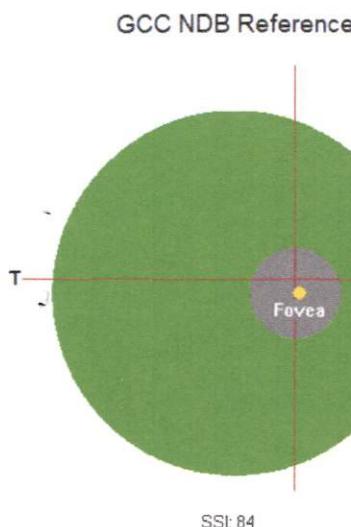
Œil gauche : Altération en supérieur avec membrane épi papillaire :
possibilité de séquelles post inflammatoire

Pr. A. Meriem HAROUCH
Ophtalmologiste
~~www.ophtalmo-lasik.ma~~
44, rue des Hôpitaux - 3ème étage
En face des Urgences Averoës
INP : 091074039

Chirurgie réfractive LASIK - Implants
Chirurgie Corneenne - Kérotocône - Lentilles
Centre d'exploration, Pentacam
Angiographie Numérisée - Laser - Echographie

ONH/GCC OU Report

Right / OD



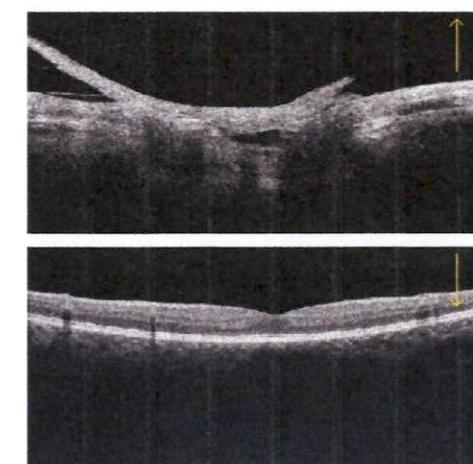
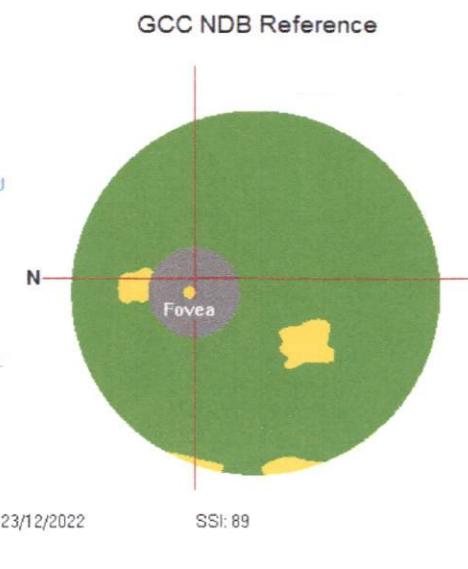
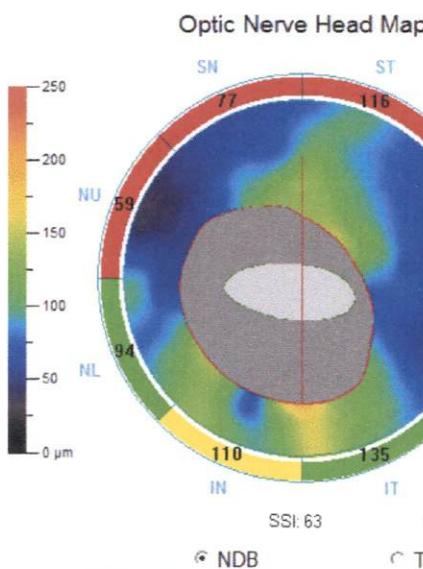
Summary Parameters

RNFL Analysis	OD	OS	Inter Eye (OD-OS)
Average RNFL (μm)	108	94	14
Superior RNFL (μm)	106	84	22
Inferior RNFL (μm)	110	105	5
Intra Eye (S-I) (μm)	-4	-21	N/A

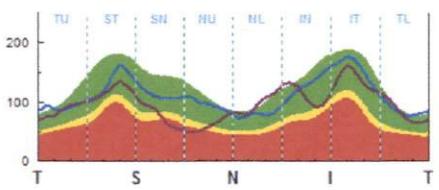
ONH Analysis	OD	OS	Inter Eye (OD-OS)
Cup/Disc Area Ratio	0.23	0.20	0.03
Cup/Disc V. Ratio	0.42	0.30	0.12
Cup/Disc H. Ratio	0.51	0.68	-0.17
Rim Area (mm²)	1.31	1.48	-3.17
Disc Area (mm²)	1.70	5.57	-3.87
Cup Volume (mm³)	0.023	0.039	-0.016

GCC Analysis	OD	OS	Inter Eye (OD-OS)
Average GCC (μm)	110	93	17
Superior GCC (μm)	110	97	13
Inferior GCC (μm)	109	88	21
Intra Eye (S-I) (μm)	1	9	N/A
FLV (%)	0.07	1.23	-1.16
GLV (%)	0.12	4.87	-4.75

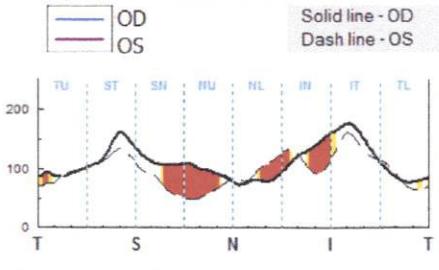
Left / OS



TSNIT NDB Reference



TSNIT Symmetry Plot



Report Date: vendredi 23/12/2022 13:58:31

Software Version: 2018,1,1,60

Comment:

Signature:

Defining the OCT Revolution

OPTOVUE