

## 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.



## Déclaration de Maladie

N° M21- 0061928

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2284 Société : 145351  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : EL OJANI ESSABAH  
Date de naissance :  
Adresse :  
Tél. : 0770941893 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23/12/2022

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : Affection aiguë

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) : ACCUEIL

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

### 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.

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



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
23/12/2022	01.01.01.17	1	1000,00	

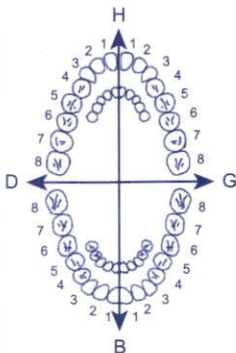
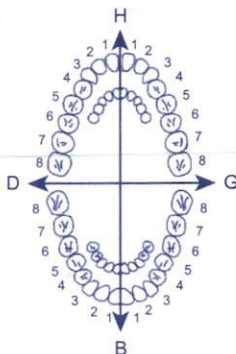
[illegible][illegible][illegible]

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

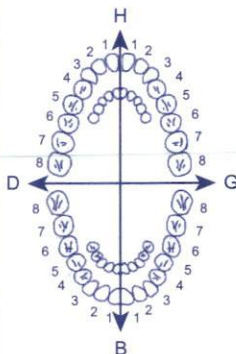
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				Coefficient DES TRAVAUX	
					

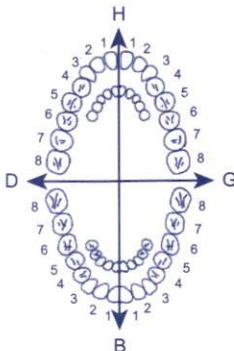
  

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<div style="text-align: center;"> <b>H</b>  <table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td><b>D</b></td> <td><b>G</b></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td><b>B</b></td> <td></td> </tr> </table> </div>	25533412	21433552	00000000	00000000	<b>D</b>	<b>G</b>	00000000	00000000	35533411	11433553	<b>B</b>		Coefficient DES TRAVAUX
	25533412	21433552												
	00000000	00000000												
	<b>D</b>	<b>G</b>												
	00000000	00000000												
	35533411	11433553												
	<b>B</b>													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS


VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Veillez 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	<input type="text"/>
					MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
					DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>
			FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>		

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

**(Création, remont, adjonction)**



	DATE DU DEVIS	
	DATE DE L'EXECUTION	

**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  
وجراحة العيون

Casablanca, le 23/11/2022

**Note d'honoraire**

Le docteur.....

Al' honneur de présenter ses meilleurs salutations à

Mme Mlle Mr.....

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

Soit la somme.....

Pour.....

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

Chirurgie réfractive LASIK - Implants  
Chirurgie Cornéenne - Kératocône - 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  
وجراحة العيون

**23 décembre 2022**

Casablanca, le.....

**Mr EL OIJANI Essabah**

Compte rendu OCT ONH

Œil droit : Examen normal au niveau du RNFL et GCC

Œil gauche: membrane prè papillaire

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

Épaisseur plus faible en nasal à 76  $\mu$ m

Cup /disc : normal

GCC: RAS

Conclusion :

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

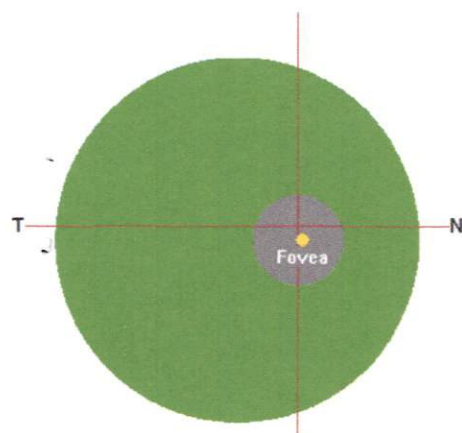
Pr. A. Meriem HAROUCH  
Ophtalmologiste  
www.ophtalmo-lasik.ma  
44, rue des hôpitaux - 3ème étage  
En face des Urgences Averoes  
INP : 091074039

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

## ONH/GCC OU Report

Right / OD

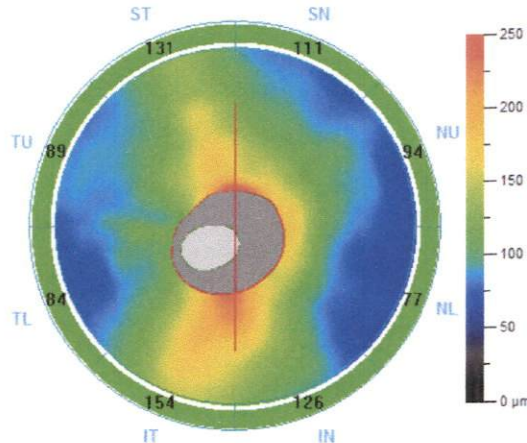
GCC NDB Reference



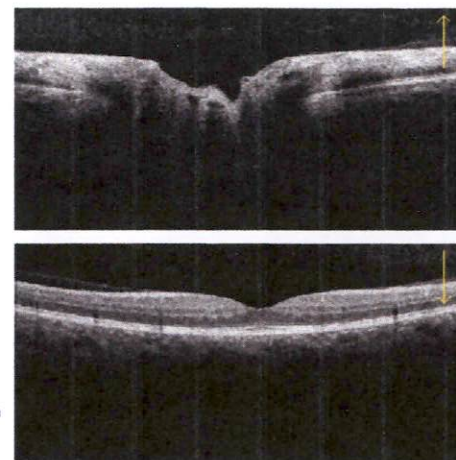
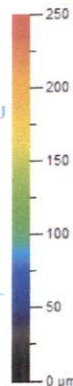
SSI: 84

Exam Date: 23/12/2022

Optic Nerve Head Map



SSI: 77



p>5% Within Normal  
 p<5% Borderline  
 p<1% Outside Normal

Summary Parameters

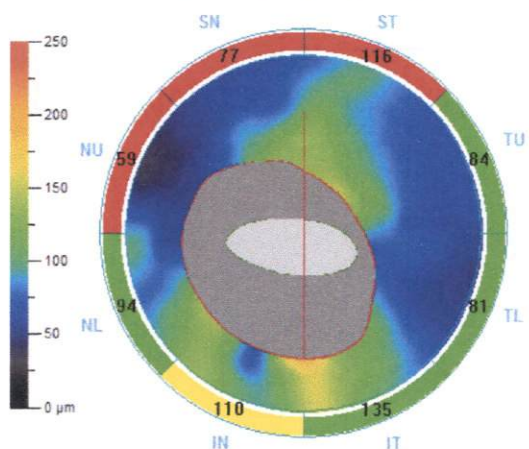
RNFL Analysis	OD	OS	Inter Eye (OD-OS)
Average RNFL (μm)	108	94	14
Superior RNFL (μm)	106	84	22
Inferior RNFL (μm)	110	105	5
Intra Eye (S-I) (μm)	-4	-21	N/A

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 (mm <sup>2</sup> )	1.31	4.48	-3.17
Disc Area (mm <sup>2</sup> )	1.70	5.57	-3.87
Cup Volume (mm <sup>3</sup> )	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

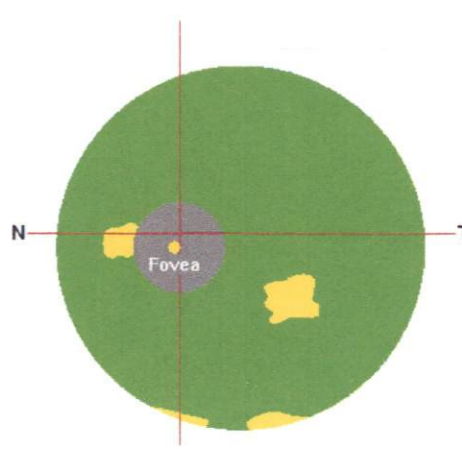
Optic Nerve Head Map



SSI: 63

Exam Date: 23/12/2022

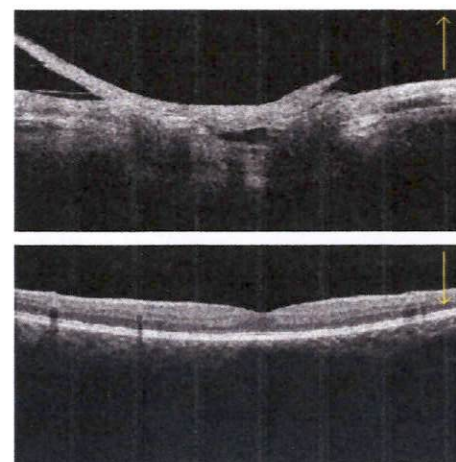
GCC NDB Reference



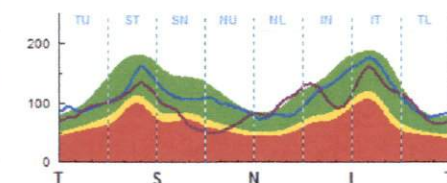
SSI: 89

⊙ NDB

⊙ Thickness



TSNIT NDB Reference



TSNIT Symmetry Plot

