

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 canalaire, 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 canalaire.

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

M22- 0024358

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5059 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BELLAJ ABDELRAHIM
 Date de naissance : 28/12/1956
 Adresse : RT LAAYOUE
 Tél : 0671802577 Total des frais engagés : 1200,00 Dhs

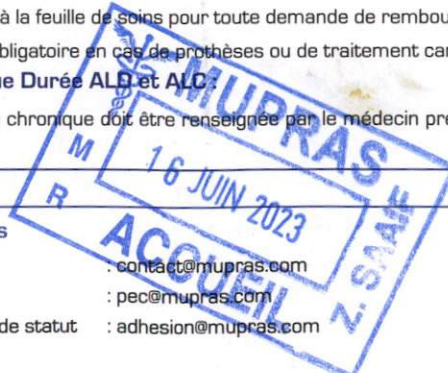
Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 29/05/2023
 Nom et prénom du malade : BELLAJ Abdelrahim Age : 66 ans
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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 : 12/6/2023
 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 |
| 29/08/2023 | G1 | / | gratuit | <p>Docteur ELIAOUI Généraliste 82, Rue Soumaya Hammam Algiers 22233053 / 05 22 25 63 70</p> |

Docteur C. H. H. H.
82, Rue Soumaya - 05 22 25 63 70
22 23 30 53 / 05 22 25 63 70
05 22 25 63 70
05 22 25 63 70

[illegible]

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES | | | |
|--|----------|---------------------------------|---------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
| | 03/06/23 | QCT | Fc 500 DH Fm 700 DH |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

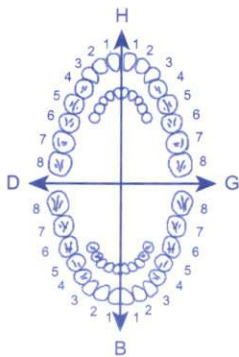
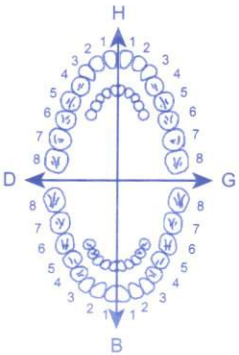
[illegible]

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 <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div> | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div> |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | DEBUT D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div> |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | FIN D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div> |
| | | | | | |
| | | | | | |
| OD.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | |
|  | <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div> | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div> | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | DATE DU DEVIS <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div> | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div> | |
| | | | | | |
| | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Important :

Veillez 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 <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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE | | | |
| | <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> D 25533412 00000000 00000000 35533411 </div> <div style="text-align: center;"> H 21433552 00000000 00000000 11433553 B </div> <div style="text-align: center;"> G </div> </div> | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| | | | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |
| | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur C HELLY C hafik

Maladies et Chirurgie des Yeux

Diplômé de l'Université de Marseille
Chirurgie de la la Cataracte - Strabisme
Voies Lacrymales - Réfractives - Kératocône
Toutes expolorations ophtalmologiques

الدكتور الشلي شفيق

أمراض و جراحة العيون

خريج كلية الطب بمرسيليا
جراحة المياه البيضاء - الحول
القناة الدمعية - إزالة النظرات - القرنية المخروطية
جمع فحوصات العين

29 mai 2023

Monsieur BELLAJ Abderrahim

OCT NERFS OPTIQUES

LE VENDREDI 02 JUIN 2023 A 8 H 30

A LA CLINIQUE AL MADINA
CALIFORNIE
TEL 05-22-77-77-40
20100 CASABLANCA

NE PAS ETRE A JEUN

82, Rue Soumaya - Résidence CHAHRAZADE II

Immeuble Fiat & Jeep - 2^{ème} étage - Palmiers - Casablanca

☎ : 05 22.25.83.70 / 05 22.23.30.53 / 05 22.98.47.84

Urgences : 06 61.33.04.44 . whatsapp : 06 52.10.00.12

Docteur HELLY C hafik
Ophtalmologue
82, Rue Soumaya - Résidence CHAHRAZADE II
Quartier des Palmiers - Casablanca
Tel : 05 22.23.30.53 / 05 22.98.47.84
Fax : 05 22.23.30.53

82, زنقة سومية - إقامة شهرزاد 2
عمارة فيات & جيب - الطابق الثاني حي - الفخيل الدار البيضاء

☎ : 05 22.98.47.84 / 05 22.23.30.53 / 05 22.25.83.70

مستعجلات : 06 61.33.04.44 ☎ 06 52.10.00.12

CLINIQUE AL MADINA

MULTIDISCIPLINAIRE

F A C T U R E

N° : 14289 / 2023 du 03/06/2023

Nom patient **BELLAJ ABDERRAHIM**
PAYANT

Entrée 03/06/2023

Sortie 03/06/2023

OCT

| Désignation des prestations | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire | Montant |
|-----------------------------|--------|------------|---------------|---------|
| FRAIS CLINIQUE | 1,00 | | 500,00 | 500,00 |
| | | | Sous-Total | 500,00 |
| Total Clinique | | | | 500,00 |

| | | | | |
|-----------------------------------|------|--|------------|--------|
| DR. CHELLY CHAFIK (ophtalmologue) | 1,00 | | 700,00 | 700,00 |
| | | | Sous-Total | 700,00 |
| Total Autres prestations | | | | 700,00 |

Arrêtée la présente facture à la somme de :

MILLE DEUX CENTS DIRHAMS

Total 1 200,00

Compte bancaire : AWB 007780000330300000022736 , AGENCE MECQUE- CASA

Patient: BELLAJ, ABDERRAHIM
Physician:
Operator:
Disease:

CLINIQUE AL MADINA

Gender: Male
ID:

Exam Date: 03/06/2023
DOB(age): 29/12/1956 (66)
Ethnicity: Caucasian
Algorithm Ver: A2018,1,0,33

GCC

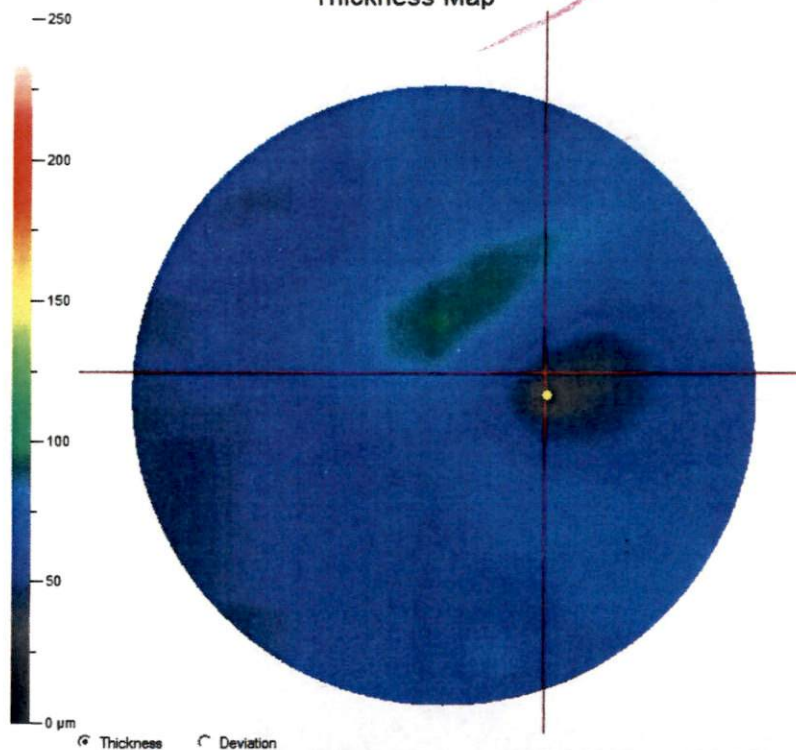
Thickness Map

Signal Strength Index 61

NDB Reference Map

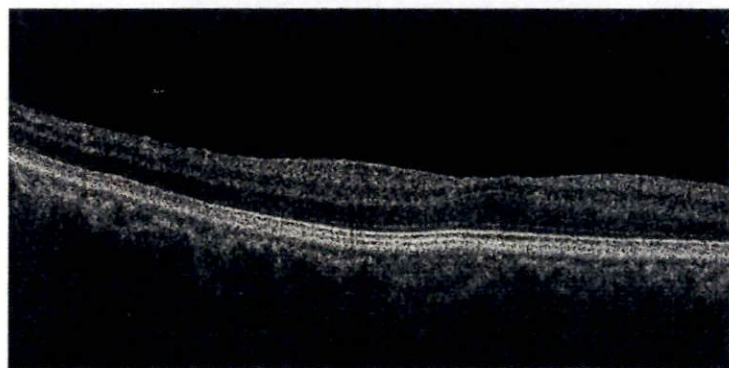
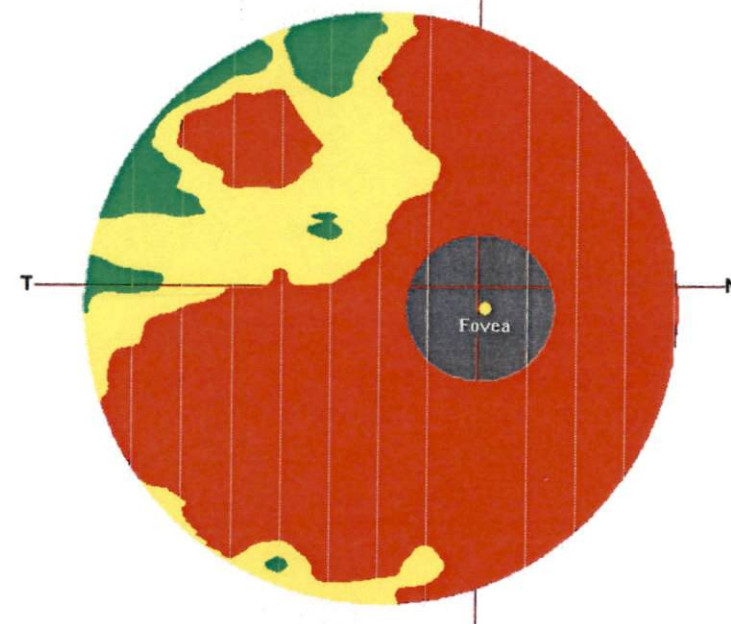
Right / OD

6mm x 6mm

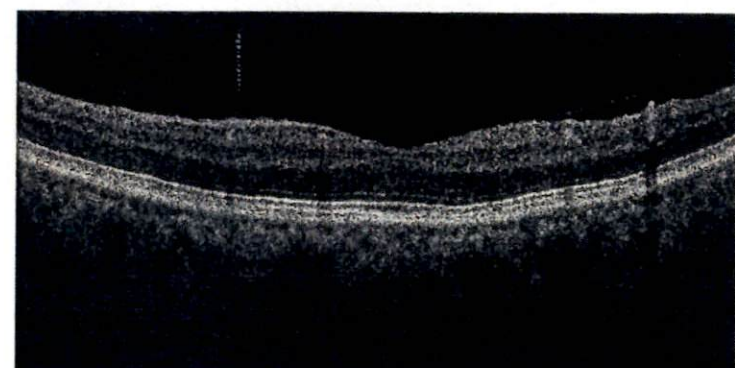


| GCC Analysis | |
|-----------------------------------|-------|
| Average GCC (μm) | 63 |
| Superior GCC (μm) | 66 |
| Inferior GCC (μm) | 59 |
| Intra Eye (S-I) (μm) | 7 |
| FLV (%) | 10.73 |
| GLV (%) | 32.24 |

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



☒ Auto Zoom
☒ Show Lines
☐ Show Boundary Curves
☐ Not in Trend Analysis



Report Date: samedi 03/06/2023 09:06:56

Software Version: 2018,1,0,33

Comment:

Signature:

Defining the OCT Revolution



Patient: BELLAJ, ABDERRAHIM
Physician:
Operator:
Disease:

CLINIQUE AL MADINA

Gender: Male
ID:

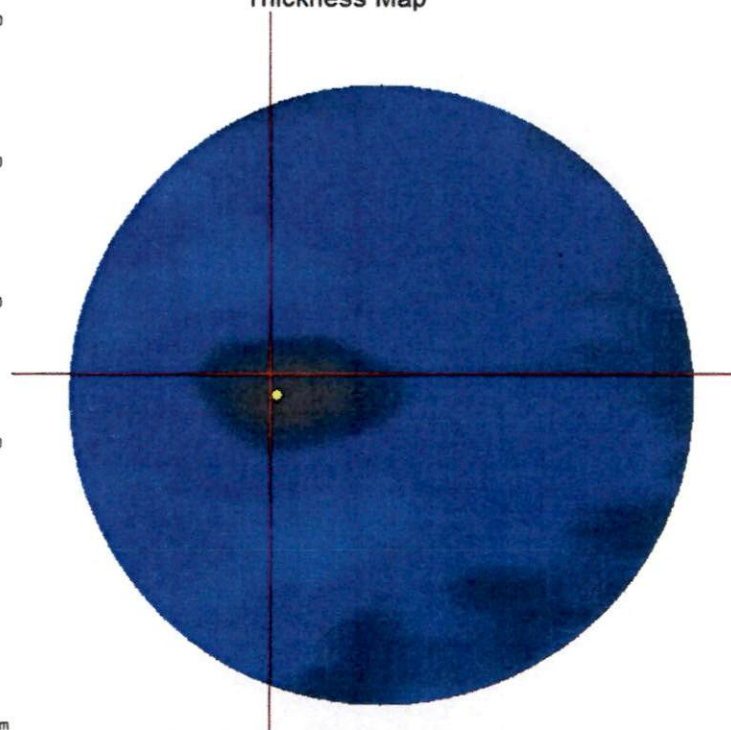
Exam Date: 03/06/2023
DOB(age): 29/12/1956 (66)
Ethnicity: Caucasian
Algorithm Ver: A2018,1,0,33

GCC

-250



Thickness Map



Thickness Deviation

Signal Strength Index 73

| GCC Analysis | |
|-----------------------------------|-------|
| Average GCC (μm) | 55 |
| Superior GCC (μm) | 56 |
| Inferior GCC (μm) | 55 |
| Intra Eye (S-I) (μm) | 1 |
| FLV (%) | 14.27 |
| GLV (%) | 39.57 |

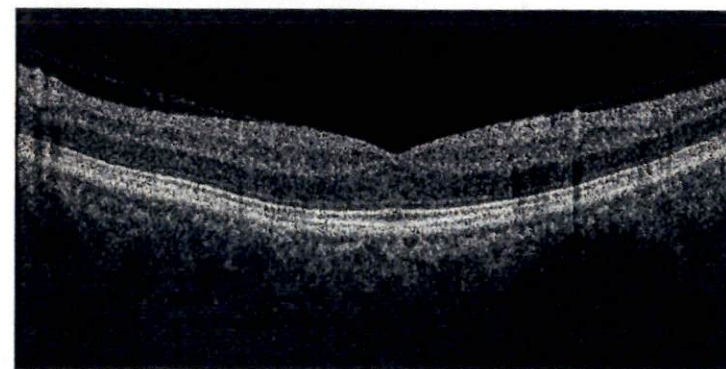
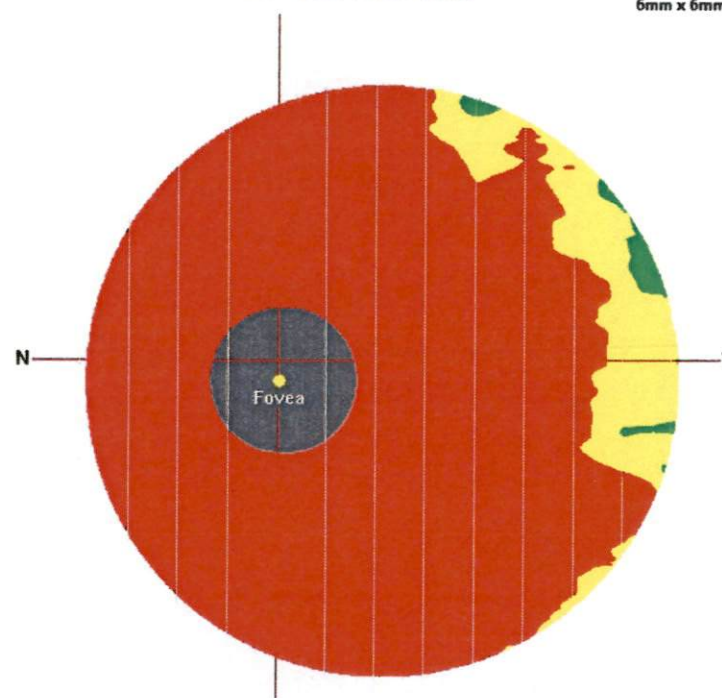
p>5% Within Normal
p<5% Borderline
p<1% Outside Normal

- ☒ Auto Zoom
- ☒ Show Lines
- ☐ Show Boundary Curves
- ☐ Not in Trend Analysis

NDB Reference Map

Left / OS

6mm x 6mm



Report Date: samedi 03/06/2023 09:07:18

Software Version: 2018,1,0,33

Comment:

Signature:

Defining the OCT Revolution



Patient: BELLAJ, ABDERRAHIM
Physician:
Operator:
Disease:

CLINIQUE AL MADINA

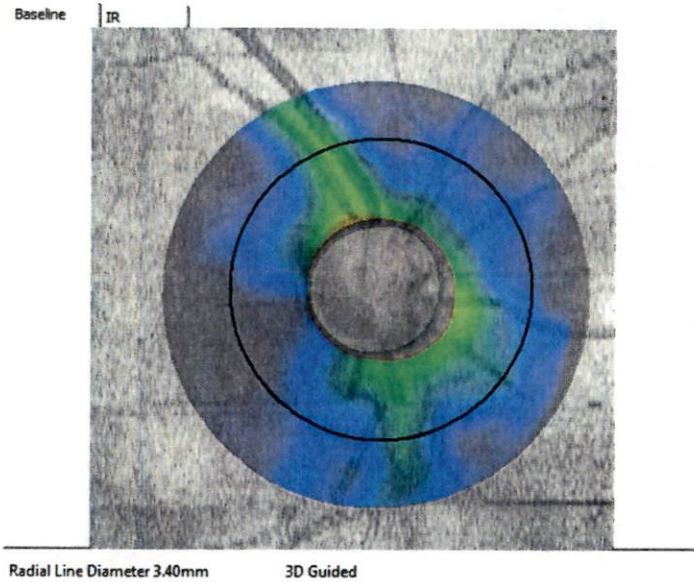
Gender: Male
ID:

Exam Date: 03/06/2023
DOB(age): 29/12/1956 (66)
Ethnicity: Caucasian
Algorithm Ver: A2018,1,0,33

ONH

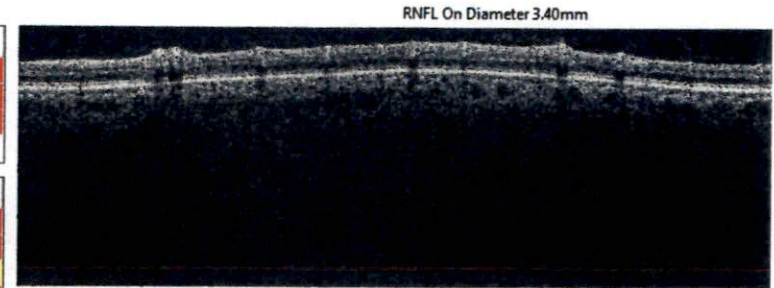
Signal Strength Index 55

Right / OD

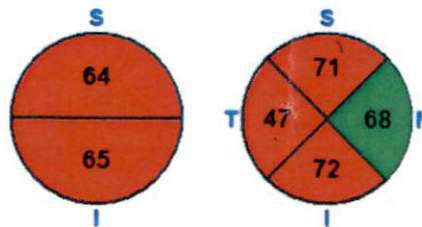
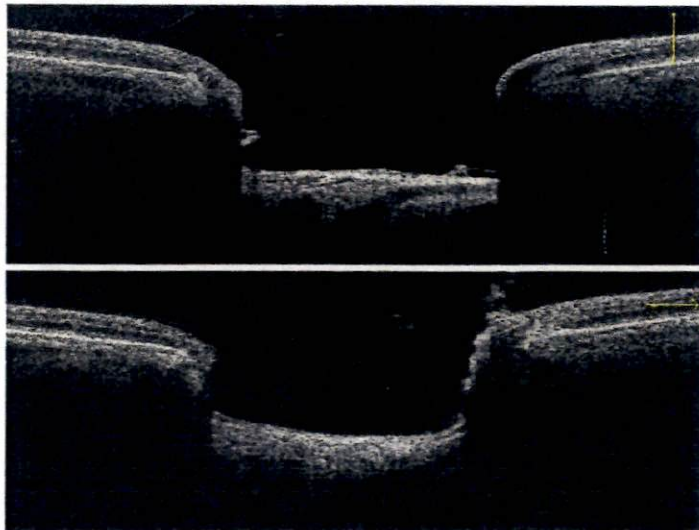
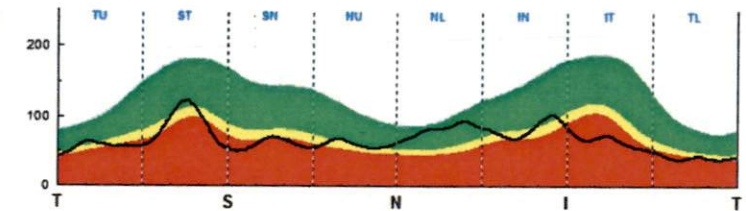


| RNFL Analysis | | μm |
|----------------------|--|----|
| Average RNFL (μm) | | 64 |
| Superior RNFL (μm) | | 64 |
| Inferior RNFL (μm) | | 65 |
| Intra Eye (S-I) (μm) | | -1 |

| ONH Analysis | | |
|-------------------------------|--|-------|
| Cup/Disc Area Ratio | | 0.79 |
| Cup/Disc V. Ratio | | 0.93 |
| Cup/Disc H. Ratio | | 0.89 |
| Rim Area (mm ²) | | 0.46 |
| Disc Area (mm ²) | | 2.14 |
| Cup Volume (mm ³) | | 1.288 |

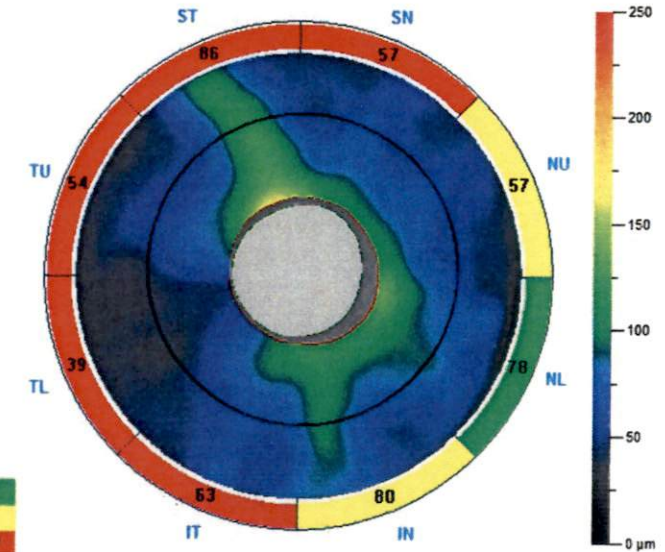


RNFL Thickness at 0.345mm



- ☐ Show Lines
- ☐ Show Boundary Curves
- ☐ Not in Trend Analysis

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



Report Date: samedi 03/06/2023 09:07:10

Software Version: 2018,1,0,33

Comment:

Signature:

Defining the OCT Revolution



Patient: BELLAJ, ABDERRAHIM
 Physician:
 Operator:
 Disease:

CLINIQUE AL MADINA

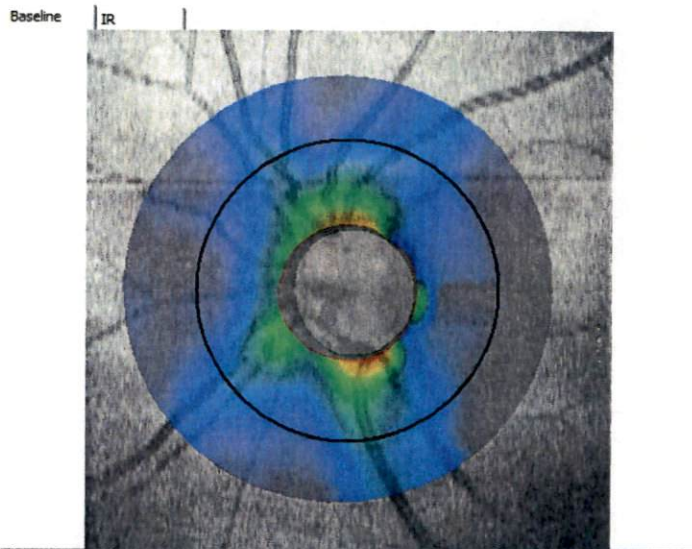
Gender: Male
 ID:

Exam Date: 03/06/2023
 DOB(age): 29/12/1956 (66)
 Ethnicity: Caucasian
 Algorithm Ver: A2018,1,0,33

ONH

Signal Strength Index 56

Left / OS

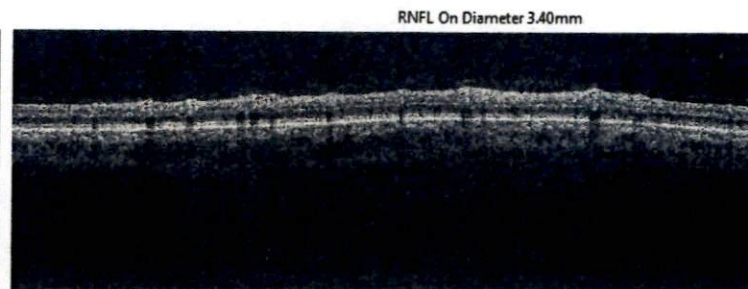


Radial Line Diameter 3.40mm

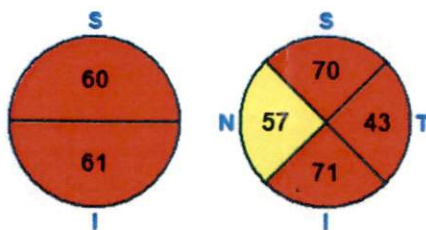
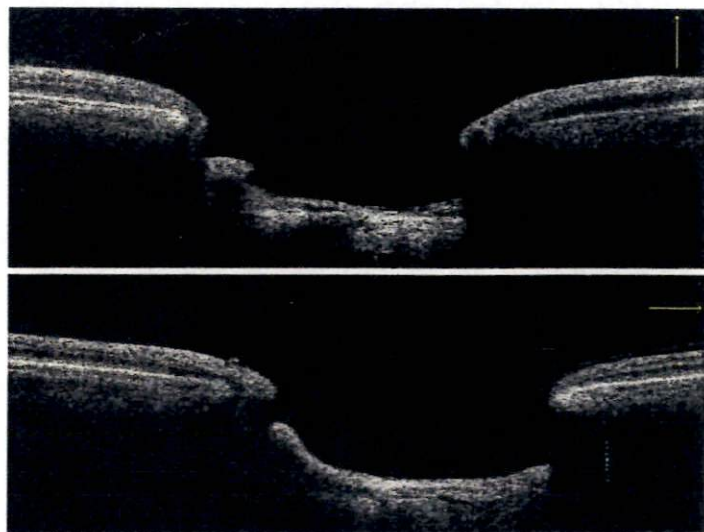
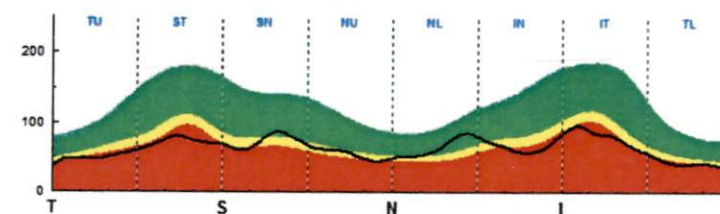
3D Guided

| RNFL Analysis | |
|----------------------|----|
| Average RNFL (μm) | 60 |
| Superior RNFL (μm) | 60 |
| Inferior RNFL (μm) | 61 |
| Intra Eye (S-I) (μm) | -1 |

| ONH Analysis | |
|-------------------------------|-------|
| Cup/Disc Area Ratio | 0.81 |
| Cup/Disc V. Ratio | 0.97 |
| Cup/Disc H. Ratio | 0.90 |
| Rim Area (mm ²) | 0.36 |
| Disc Area (mm ²) | 1.92 |
| Cup Volume (mm ³) | 1.018 |

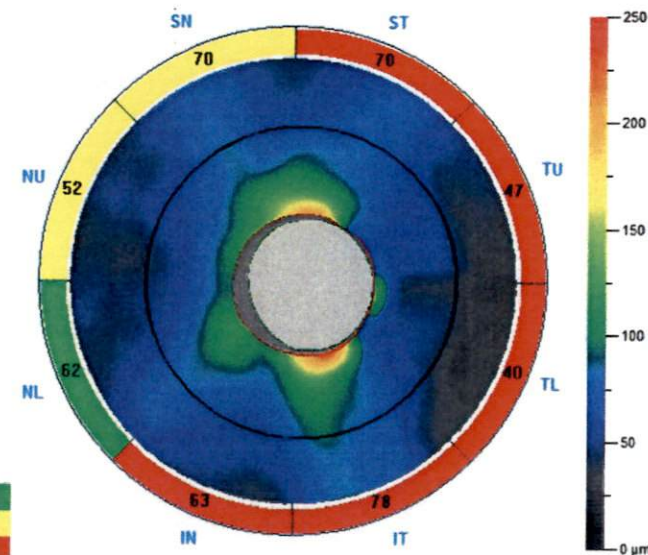


RNFL Thickness at Ø3.45mm



- ☐ Show Lines
- ☐ Show Boundary Curves
- ☐ Not In Trend Analysis

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



Report Date: samedi 03/06/2023 09:07:25

Software Version: 2018,1,0,33

Comment:

Signature:

Defining the OCT Revolution

