

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

- Reclamation : 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° M20- 0007173

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique 18.16.11 ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2284 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre :
Nom & Prénom : ADDINE Dine
Date de naissance : 1953
Adresse : NAIT 75 1er étage
DEROVA
Tél. : 07/70/18/24/93 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 27 Oct 2023
Nom et prénom du malade : EROUJAKI ESSABATI Age : 57 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 : Le :
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
27.10.23			DEPLIATA	
27-10-23	OCT. Populaire		900,000	

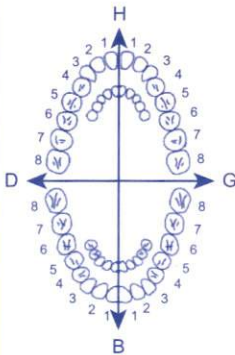
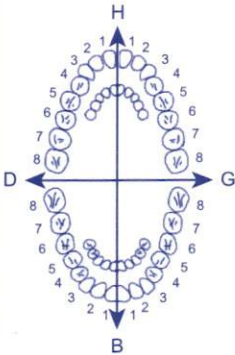
[illegible][illegible][illegible]

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 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"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			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"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

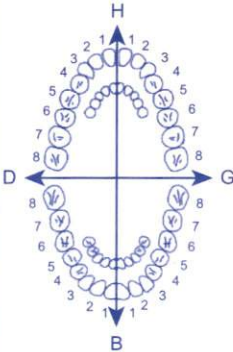
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE

		H		
	25533412		21433552	
	00000000		00000000	
D				G
	00000000		00000000	
	35533411		11433553	
		B		

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



<div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> H G </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> 25533412 21433552 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> 00000000 00000000 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> D B </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> 00000000 00000000 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> 35533411 11433553 </div>	
---	--

(Création, remont, adjonction)
 Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



COMPTE RENDU

ORDONNANCE

TOMOGRAPHIE A COHERENCE OPTIQUE PAPILLAIRE

PATIENT : Mme EL OUJANI Essabah , 58 ans

CLINIQUE : DEPISTAGE DE GLAUCOME

- Diagramme des épaisseurs des fibres optiques :

Temporal OD/OG : 87/103

Supérieur OD/OG : 119/151

Nasal OD/OG: 103/155

Inferieur OD/OG: 120/131

- Courbe RNFL TSNIT : aspect en double bosse respecté
- Rapport C/D : OD : 2/10 ; OG : 4/10

Pas d'altération de la couche des cellules ganglionnaire

CONCLUSION : Absence de perte en fibres optiques d'allure glaumateuse

DR RACHA ELBAKKAL

Dr. RACHA ELBAKKAL
Ophtalmogiste

Diplômée de la Faculté de Médecine -
Casablanca

Maladies et Chirurgie des Yeux

Diabète - Glaucome - Lasers -
Lentilles de Contact

Échographie, OCT et lasers



الدكتورة رشا البقال
طب و جراحة العيون

حاصلة على شهادة بكلية الطب
الدار البيضاء
جراحة المياه البيضاء (الجلالة)
القرنية المخروطية
تصحيح البصر بالليزر
زراعة العدسات
أمراض الشبكية
تصوير الشبكية - الليزر

ORDONNANCE

27 10 - 2023

EP OUGAMI ESSABAH

OCT Papillaire

Dr. ELBAKKAL RACHA
Médecin spécialiste
en Ophtalmologie
Casablanca

📍 تجزئة نبيلة ، مخلوف رقم 338 ، الطابق الثاني - 2 N° étage 338, Makhoulouf Nabila, Lotissement Nabila

☎ 05 22 03 11 11 ✉ rachaelbakkal@gmail.com

Dr. RACHA ELBAKKAL
Ophtalmogiste

Diplômée de la Faculté de Médecine -
Casablanca

Maladies et Chirurgie des Yeux

Diabète - Glaucome - Lasers -
Lentilles de Contact

Échographie, OCT et lasers



Dr. ELBAKKAL RACHA
Médecin Spécialiste
en Ophtalmologie
Lotissement Nabila, Makhoul N°338, étg N°2 - Dén

الدكتورة رشا البقال
طب و جراحة العيون

حاصلة على شهادة بكلية الطب
الدار البيضاء

جراحة المياه البيضاء (الجلالة)
القرنية المخروطية

تصحيح البصر بالليزر

زراعة العدسات

أمراض الشبكية

تصوير الشبكية - الليزر

ORDONNANCE
Mme EL OIJANI Essabah

INTITULE	PRIX
Optique Cohérence Tomographie Papillaire (OCT)	900.00DH

Arrêtez la présente facture à la somme de :
NEUF CENTS DIRHAMS TTC

DR ELBAKKAL RACHA

(Signature and Stamp)
Dr. RACHA ELBAKKAL
Ophtalmogiste
Fix 06 22 03 11 11
Lotissement Nabila Makhoul N°338 étg N°2 - Dén

📍 Lotissement Nabila, Makhoul N°338, étg N°2 - الثاني الطابق رقم 338، تجرئة نبيلة، مخلوف رقم 338



05 22 03 11 11



rachaelbakkal@gmail.com

Name: **ELOUJANI ESSABAH**
ID: **AUTO20231027174519**
DOB: **01/01/1965**
Age: **58**

Exam date: 27/10/2023
Gender: Female
Eye: **Left**

Comments:



R

27/10/2023

ADVANCED 3D:
DISC + RETINA

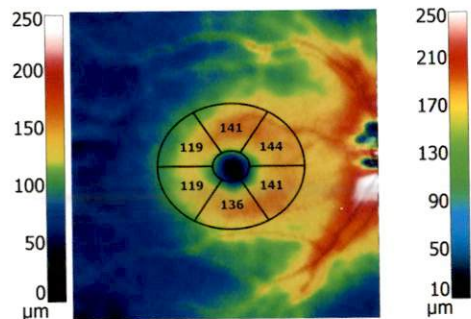
27/10/2023

L

17:41:14

QI: **8**

NFL+GCL+IPL thickness

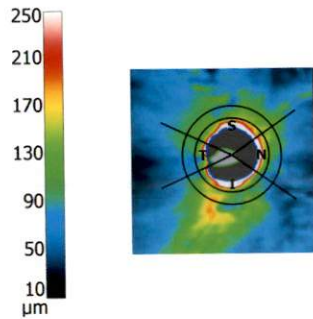


10 mm

17:42:10

QI: **4**

NFL thickness



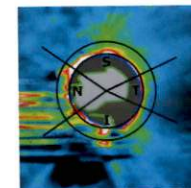
6 mm

ONH parameters	Right	Left
Disc Area [mm ²]	2.25	4.15
Rim Area [mm ²]	1.86	2.22
Cup Volume [mm ³]	0.06	0.09
Rim Volume [mm ³]	0.36	0.25
C/D Area	0.17	0.46
C/D vertical	0.35	0.84
C/D horizontal	0.59	0.83
R/D minimum	0.04	0.00
Rim Absence [°]	-	22
DDLS	5	5

17:39:48

QI: **8**

NFL thickness

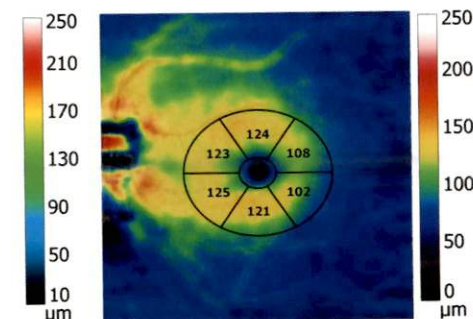


6 mm

17:38:51

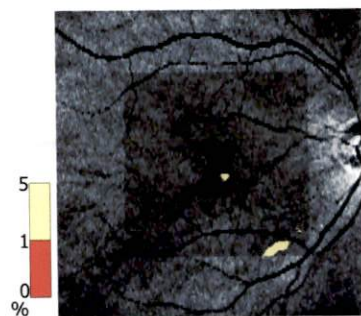
QI: **9**

NFL+GCL+IPL thickness

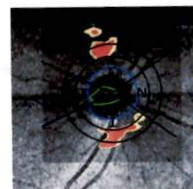


10 mm

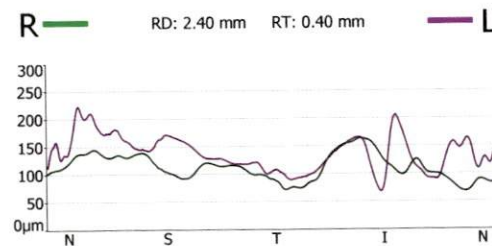
NFL+GCL+IPL signification



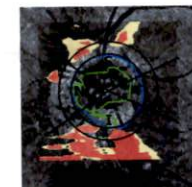
NFL signification



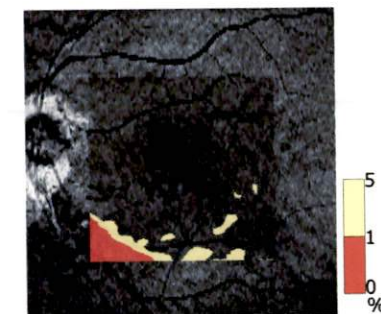
NFL parameters	Right	Left
NSTIN average [μm]	112	138
Superior [μm]	119	151
Inferior [μm]	120	131



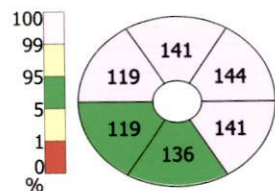
NFL signification



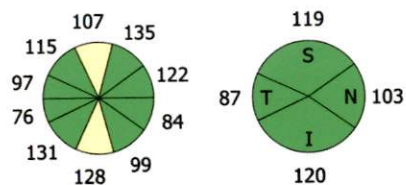
NFL+GCL+IPL signification



NFL+GCL+IPL

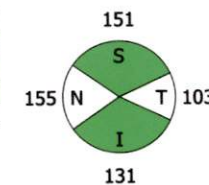


NFL



NFL+GCL+IPL thickness	Right	Left
Average [μm]	133	117
Superior [μm]	134	118
Inferior [μm]	132	116
Minimum [μm]	64	67

NFL



NFL+GCL+IPL

