

# 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

- 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  
M23-0018996

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3395 Société : RAN  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
 Nom & Prénom : Bouafi El Hassan A93900  
 Date de naissance : 09/07/67  
 Adresse : Lot Hird N=7  
 Tél. 06 61 15 08 70 Total des frais engagés : 218,70 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Dr Maryam EL IKHLOUFI**  
 Spécialiste en Ophtalmologie  
 Maladies et Chirurgie des Yeux  
 18, Avenue Stendhal - Casablanca  
 Tél. : (+212) 0522 47 15 94 - INPE : 061288304  
 Email : ophtalmologie@cliniquestendhal.com  
 Date de consultation : 14/11/23  
 Nom et prénom du malade : Bouafi El Hassan Age :  
 Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant  
 Nature de la maladie : Affection oculaire  
 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 : 14/11/23 Le : 01/12/23  
 Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

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
14/11/23	S		gratit	
15/11/23	S		gratit	

**EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15/11/2023	686,50

**ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des honoraires
	16/11/23	OCT	1000 DM
	16/11/23	CHAMP VISUEL	500 DM

**AUXILIAIRES MEDICAUX**

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

**RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES**

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

**Important :**

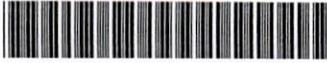
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																		
				Coefficient DES TRAVAUX <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"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
		H																			
		25533412	21433552																		
		00000000	00000000																		
		D																			
00000000		00000000																			
35533411		11433553																			
B																					
G																					
<b>(Création, remont, adjonction)</b> 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

Diplômée des facultés de médecine de Rabat et Paris  
Diplômée en "Surface Oculaire", Université de Brest, France  
Diplômée en "Imagerie Rétnienne et Traitements Maculaires",  
Université Paris 12, France



PT230321160626

15 novembre 2023

Mr BOUAFI El Hassane

178.90 x3-

MONOPROST

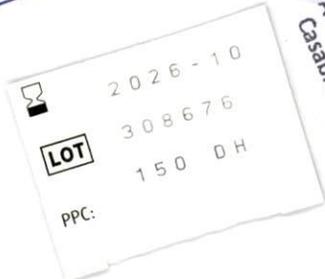
1 goutte le soir , dans les deux yeux, pendant 3 Mois

170.-

HYLOCOMOD: collyre

1 goutte 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

T= 686.70



**Dr. Maryam EL IKHLOUFI**

**Ophthalmologiste**

**CLINIQUE STENDHAL**

Diplômée des facultés de médecine de Rabat et Paris  
Diplômée en "Surface Oculaire", Université de Brest, France  
Diplômée en "Imagerie Rétinienne et Traitements Maculaires",  
Université Paris 12, France

**د. مريم اليخولفي**  
اختصاصية في طب  
وجراحة العيون



PT230321160626

14 novembre 2023

**Mr BOUAFI El Hassane**

OCT MACULAIRE RNFL  
CHAMP VISUEL

**Dr Maryam EL IKHLOUFI**  
Spécialiste en Ophthalmologie  
Maladies et Chirurgie des Yeux  
18, Avenue Stendhal - Casablanca  
Tél. : (+212) 0522 47 15 94 - INPE - 05220304  
Email : ophthalmologie@cliniquestendhal.com

**CLINIQUE STENDHAL SC**  
18, Avenue Stendhal  
Casablanca  
Tél. : 0522 47 15 94 - Fax : 0522 99 34 51

18, Avenue Stendhal - Cité Plateau - Casablanca  
Tél : (+212) 05 22 47 15 94 - Fax : (+212) 05 22 99 34 51  
E-mail : ophthalmologie@cliniquestendhal.com

090063488



# FACTURE

N° 13 109 / 2023 du 14/11/2023

Nom patient	<b>BOUAFI EL HASSANE</b>	Entrée	Sortie
		14/11/2023	14/11/2023
Prise en charge	<b>PAYANT</b>		

*CHAMPS VISUEL*

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
<b>CHAMPS VISUEL</b>	<b>1,00</b>		<b>500,00</b>	<b>500,00</b>
			Sous-Total	500,00
<b>Total</b>				<b>500,00</b>

	<b>Total général</b>	<b>500,00</b>
<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>		
CINQ CENTS DIRHAMS		

Encaissements		<b>Chèque</b>			<b>Total encaissé</b>	<b>Solde</b>
		<b>500,00</b>			<b>500,00</b>	<b>0,00</b>

*Ref Chq : bmci tab n 2533750/*

**CLINIQUE STENDHAL**  
 18, Avenue Stendhal, SC  
 Casablanca  
 Tél.: 0522 47 15 94 - Fax: 0522 99 34 51

090063488



## FACTURE

N° 13 108 / 2023 du 14/11/2023

Nom patient	<b>BOUAFI EL HASSANE</b>	Entrée 14/11/2023	Sortie 14/11/2023
Prise en charge	<b>PAYANT</b>		

*OCT*

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
<b>OCT</b>	<b>1,00</b>		<b>1 000,00</b>	<b>1 000,00</b>
			Sous-Total	1 000,00
<b>Total</b>				<b>1 000,00</b>

	<b>Total général</b>	<b>1 000,00</b>
<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>		
MILLE DIRHAMS		

		<b>Chèque</b>			<b>Total encaissé</b>	<b>Solde</b>
Encaissements		<b>1 000,00</b>			<b>1 000,00</b>	<b>0,00</b>

Ref Chq : bmci tab n 2533750/

**CLINIQUE STENDHAL**  
 18, Avenue Stendhal - SC  
 Casablanca  
 Tél.: 0522 47 15 94 - Fax: 0522 99 34 51

14/11/2023

## OCT RNFL et maculaire

Mr El Hassane BOUAFI

### Analyse de la couche des fibres optiques

- ODG : Épaisseur de la couche des fibres optiques dans les limites normales dans 4 quadrants **et ce, en comparaison avec les données de la base normative.**
- Épaisseur moyenne OD: 91  $\mu\text{m}$ / Épaisseur moyenne OG: 89  $\mu\text{m}$
- C/d vertical: OD:0.62 et OG: 0.61
- Symétrie RNFL : 86 %

### Analyse de la couche des cellules ganglionnaires

- OD: épaisseur de la couche des cellules ganglionnaires **asymétrique** entre les deux héli-rétines supérieur et inférieur dans la région maculaire
- OG: épaisseur de la couche des cellules ganglionnaires **symétrique** entre les deux héli-rétines supérieur et inférieur dans la région maculaire
- CCG OD: 71  $\mu\text{m}$  normale / OG: 72  $\mu\text{m}$  normale

### OCT maculaire

#### ODG

Profil maculaire conservé. ECM OD= 237  $\mu\text{m}$  / OG = 237  $\mu\text{m}$

Casablanca le 14/11/2023

Compte Rendu du champ visuel automatisé

**Cher docteur,**

L'examen du champ visuel de Mr BOUAFI El Hassane, âgé de 62 ans montre au seuil central 24-2 Sita-Standard

Au Blanc-Blanc

L'œil droit :

Les indices de fiabilités :

- Pertes de fixation : 0/0
- Faux positifs : 7%
- Faux négatifs : 0%

Seuil fovéal : 36 dB

Indices globaux : MD :1.17 dB PSD : 1.61 dB

- Test hémichamp glaucomateux dans les limites normales

L'œil gauche :

Les indices de fiabilités :

- Pertes de fixation : 0/0
- Faux positifs : 3%
- Faux négatifs : 0%

Seuil fovéal : 37 dB

Indices globaux : MD :0.76 dB PSD : 1.54 dB

- Test hémichamp glaucomateux dans les limites normales

Conclusion :

Donc l'examen du champ visuel 24-2 Sita-Standard au blanc-blanc montre :

- Au niveau de l'œil droit : - Champ visuel dans les limites normales
- Au niveau de l'œil gauche : - Champ visuel dans les limites normales

Bien à vous