

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

biologie 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.

éducation :

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.

ntaire :

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére 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° P19-0006804

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 8933

Société :

RAM
Retraite

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Adresse :

Tél. :

Date de naissance :

12/04/1960

12/04/1960

Total des frais engagés :

12000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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 : Benoche

Le : 03/10/2018

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Date(s) des Actes	Nature(s) des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
17/01/88	Acte			Ch. grefen

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
Service de Radiologie de l'Hôpital de TERRADA OASIS 05 22 99 37 48	07/09/88	Oct. K. 80	1200,00 dh

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux

Ophtalmologiste

Spécialiste des maladies et Microchirurgie
des yeux - Strabologie
Chirurgie de la cataracte aux U.S
Angiographie , Laser

Membre de la société française d'Ophtalmologie
Ancien Spécialiste au CHU. Ibnou Rochd (20 Aout)



اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

الجراحة المجهورية للحالة
علاج الحول ، مسالك الدموي
فحص الشرايين بالأشعة
العلاج بالليزر

عضو الجمعية الفرنسية لطب وجراحة العيون

طبيب إختصاصي سابق بمستشفى 20 غشت بالدار البيضاء

20/09/19

Opht. ABDEL AZZ

compte rendu de l'acte
mardi + jeudi

OD le -

OD persistance d'un léger œdem
des lèvres retrouvé de la
peau avec des micro kystes
au niveau de la plante forme
extérieure, persistance de quelques
exanthèmes peripheriques

on mises de l'on
nelt disperser de l'odore
nourri avec une légère
atrophie des

DR. BENYAHIA Mohamed SELIM
Opticien Optométriste
Tél: 0522 32 56 56
P. 200 39-5211

Ophthalmologiste

Spécialiste des maladies et Microchirurgie
des yeux - Strabologie
Chirurgie de la cataracte aux U.S
Angiographie , Laser

Membre de la société française d'Ophthalmologie
Ancien Spécialiste au CHU. Ibnou Rochd (20 Aout)



إختصاصي في أمراض وجراحة العيون

الجراحة المجهريّة للجلالة
علاج الحول ، مسالك الدموي
فحص الشريانين بالأشعة
العلاج بالليزر

عضو الجمعية الفرنسية لطب وجراحة العيون

طبيب إختصاصي سابق بمستشفى 20 غشت بالدار البيضاء

18/08/18

Abdel
ABOUCASIM

AS

Clinique JERRADA OASIS
Service de Radiologie
CASABLANCA
Tél : 05 22 99 37 48

فرع
مكتب
+ popill
الدار



090061078

CASABLANCA Le : 07-09-2019

Facture N° 15871/19

A. Identification

N° Dossier : 1910720492

Nom & Prénom : M. ASSAL ABDELAZIZ

C.I.N : W48199

Adresse : 39 RUE ZAAFARAN HAY AL HOUDA BERRECHID

N° Identifiant : 006116/19

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 07-09-2019

Date Sortie : 07-09-2019

Traitement :

Médecin traitant : DR. BENYAHYA MOHAMED SALIM

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
RADIOLOGIE						
1	O.C.T		1 200,00			1 200,00

PARTIE CLINIQUE :

PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :

Arrêté la présente facture à la somme de :

TOTAL GENERAL

1 200,00

MILLE DEUX CENTS DIRHAMS

Cachet et Signature

Clinique JERRADA OASIS
 Service de Radiologie
 CASABLANCA
 Tél : 05 22 99 37 48

Name: assai, abdelaziz

ID: CZMI508316033

Exam Date: 9/7/2019

CLINIQUE JERADA

DOB: 4/14/1962

Exam Time: 9:07 AM



Gender: Male

Serial Number: 5000-6064

Technician: Operator, Cirrus

Signal Strength: 6/10

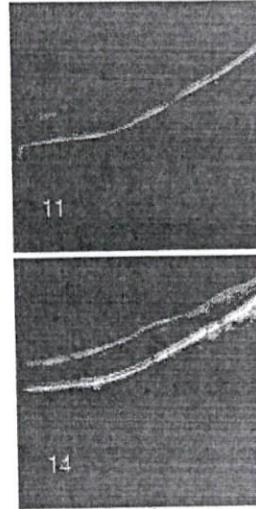
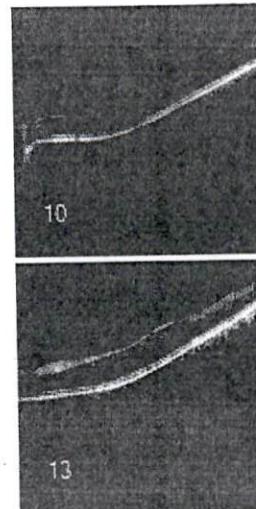
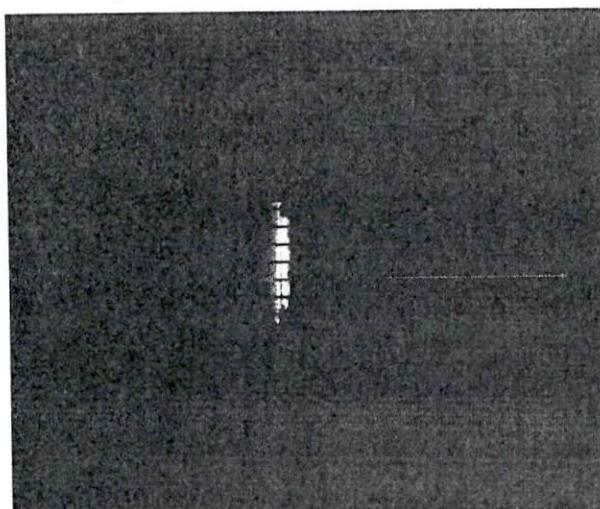
High Definition Images: HD 21 Line

OD OS

Scan Angle: 0°

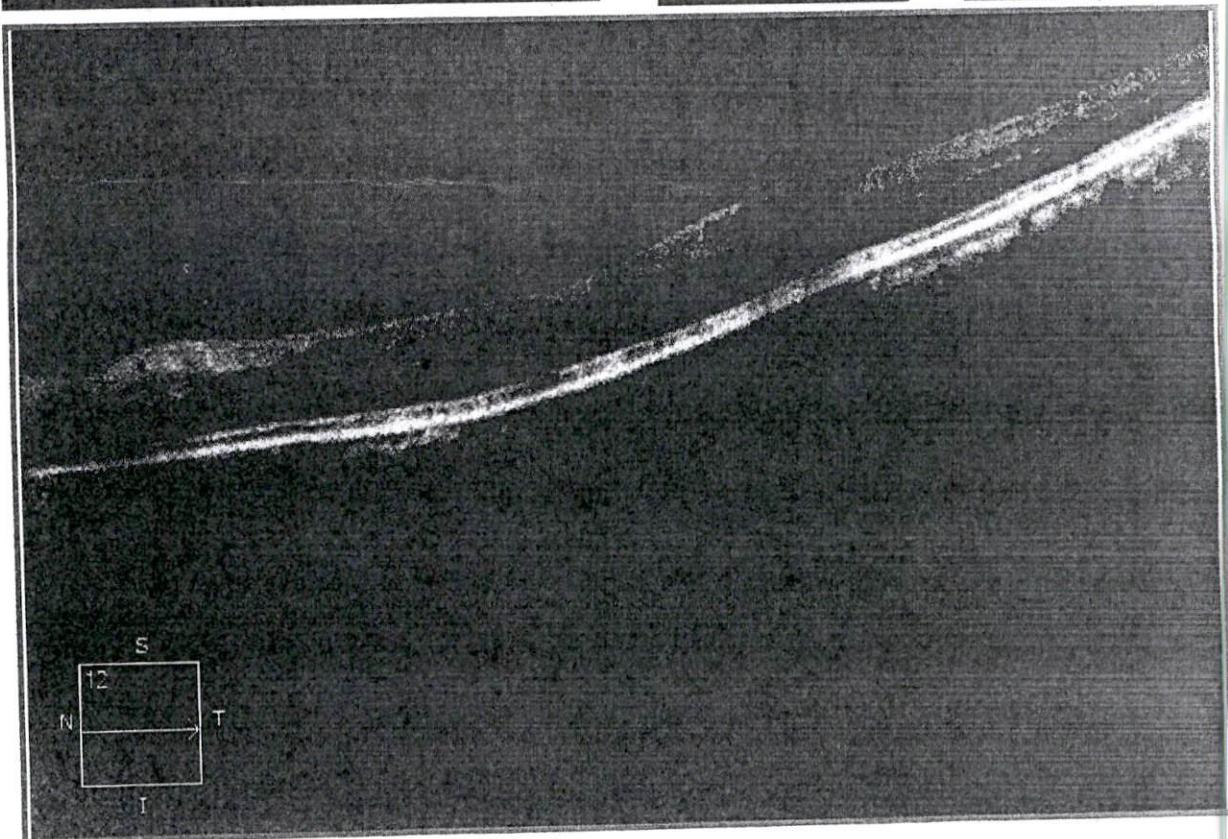
Spacing: 0.3 mm

Length: 9 mm



10
13

11
14



Comments

Doctor's Signature

SW Ver: 8.0.0.518
Copyright 2014
Carl Zeiss Meditec, Inc
All Rights Reserved
Page 1 of 1

Name: assal, abdelaziz

ID: CZMI508316033

Exam Date: 9/7/2019

DOB: 4/14/1962

Exam Time: 9:07 AM

Gender: Male

Serial Number: 5000-6064

Technician: Operator, Cirrus

Signal Strength: 4/10

CLINIQUE JERADA

ZEISS

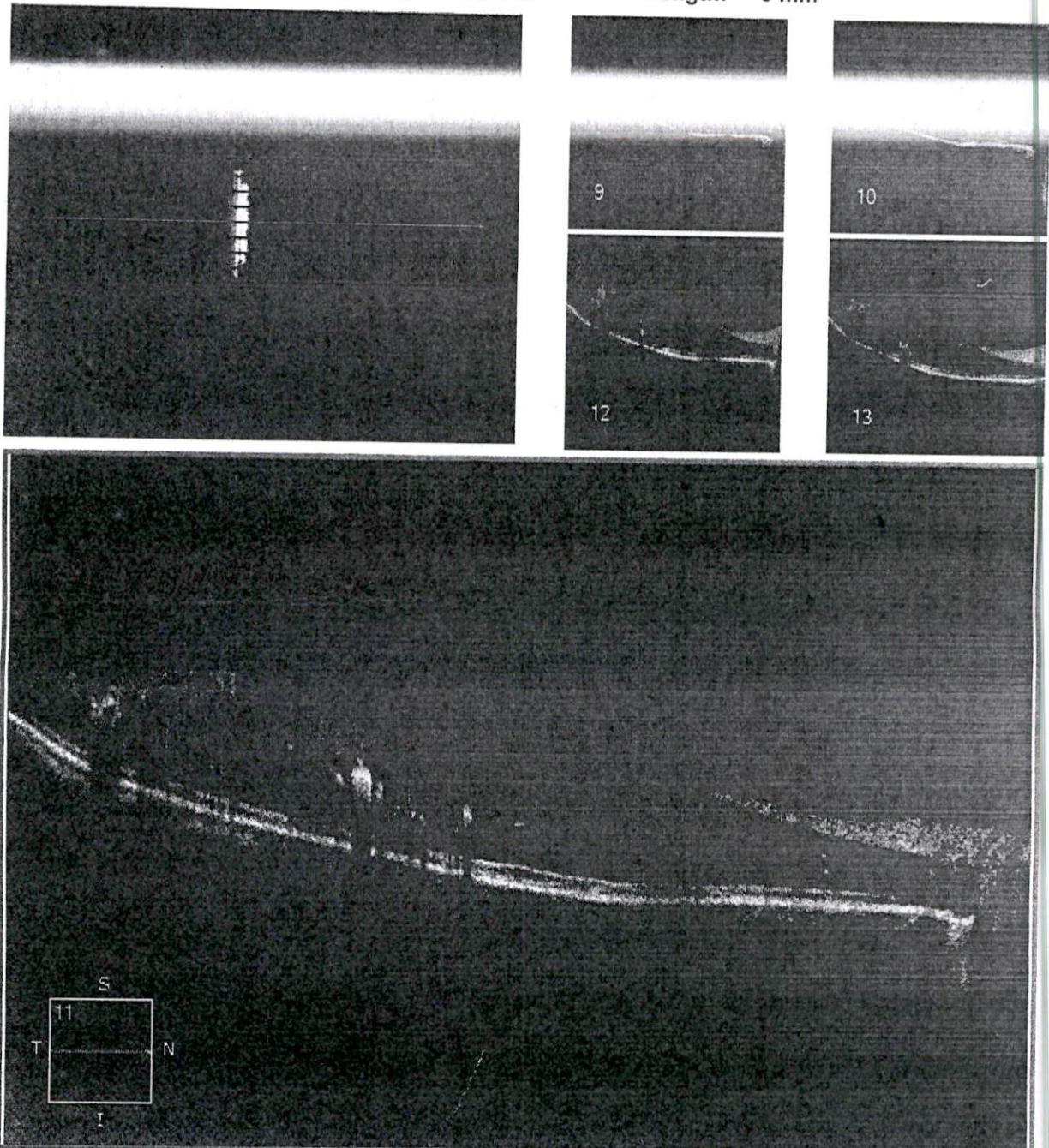
High Definition Images: HD 21 Line

OD OS

Scan Angle: 0°

Spacing: 0.3 mm

Length: 9 mm



Comments

Doctor's Signature

SW Ver: 8.0.0.518
Copyright 2014
Carl Zeiss Meditec, Inc
All Rights Reserved

Page 1 of 1

Name: assal, abdelaziz

OD

OS

ID: CZMI508316033

Exam Date: 9/7/2019

9/7/2019

DOB: 4/14/1962

Exam Time: 9:06 AM

9:08 AM

Gender: Male

Serial Number: 5000-6064

CLINIQUE JERADA

Technician: Operator, Cirrus

Signal Strength: 4/10

5/10



Macula Thickness OU: Macular Cube 512x128

OD OS

OD ILM-RPE Thickness Map



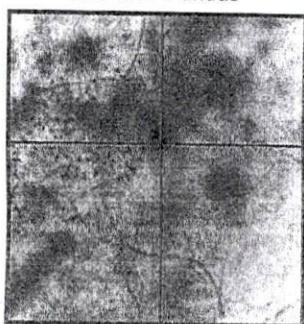
Fovea: 266, 55

OS ILM-RPE Thickness Map

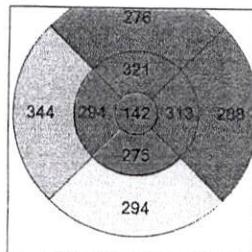


Fovea: 259, 49

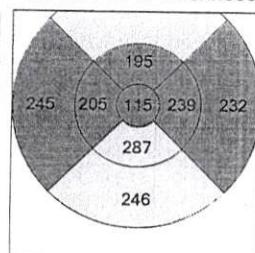
OD OCT Fundus



OD ILM-RPE Thickness



OS ILM-RPE Thickness



OS OCT Fundus



ILM - RPE

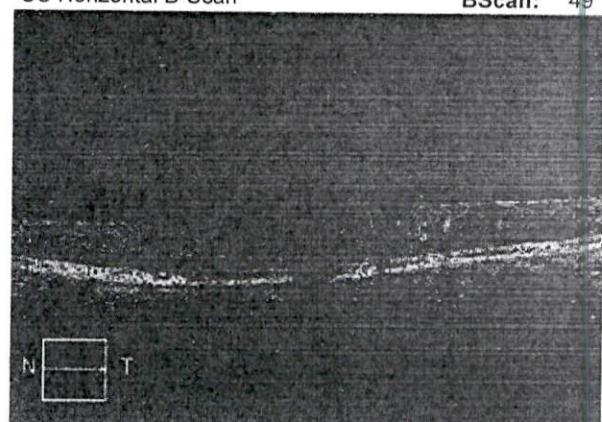
	OD	OS
Thickness Central Subfield (μm)	142	115
Volume Cube (mm ³)	10.3	8.3
Thickness Avg Cube (μm)	286	231

OD Horizontal B-Scan



BScan: 55

OS Horizontal B-Scan



BScan: 49

Comments

Doctor's Signature

SW Ver: 8.0.0.518
Copyright 2014
Carl Zeiss Meditec, Inc
All Rights Reserved

Page 1 of 1

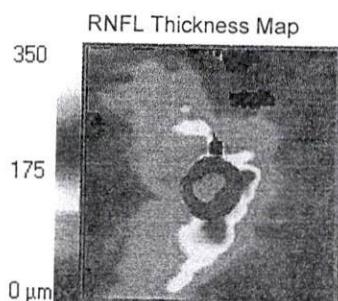
Name: assal, abdelaziz
ID: CZMI508316033
DOB: 4/14/1962
Gender: Male
Technician: Operator, Cirrus

Exam Date: 9/7/2019 9/7/2019
Exam Time: 9:06 AM 9:09 AM
Serial Number: 5000-6064 5000-6064
Signal Strength: 3/10 5/10

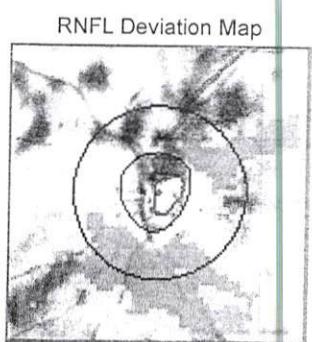
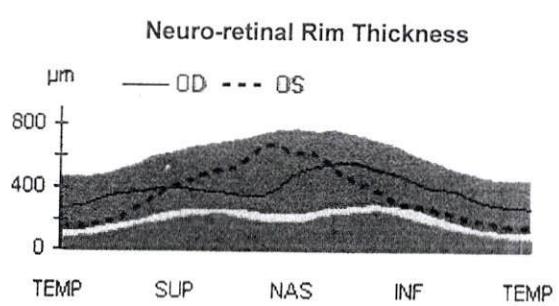
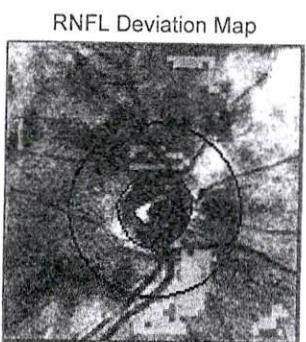
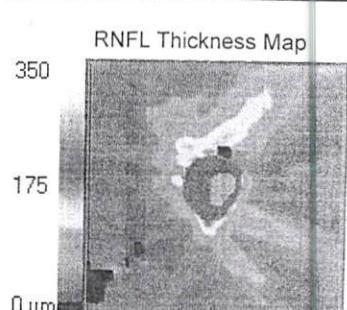
CLINIQUE JERADA

ZEISS

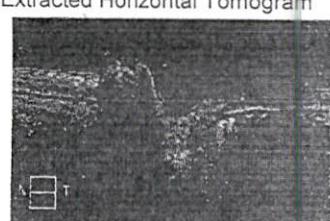
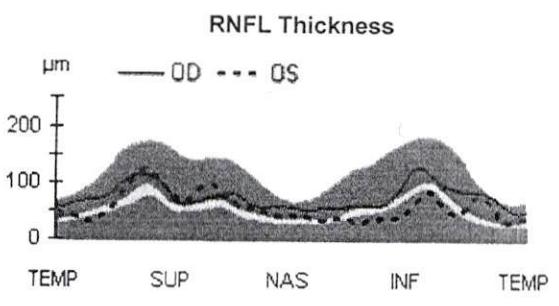
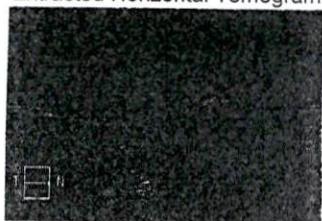
ONH and RNFL OU Analysis:Optic Disc Cube 200x200 OD  OS 



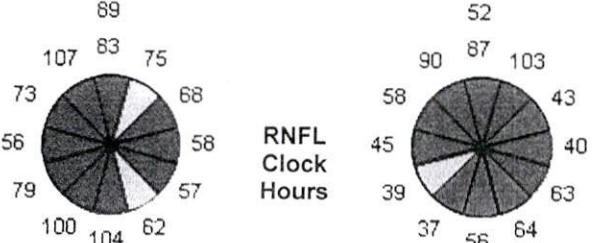
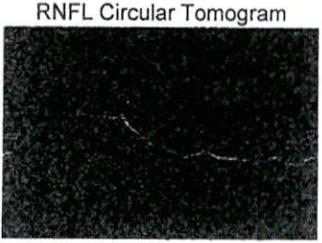
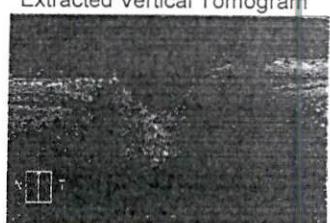
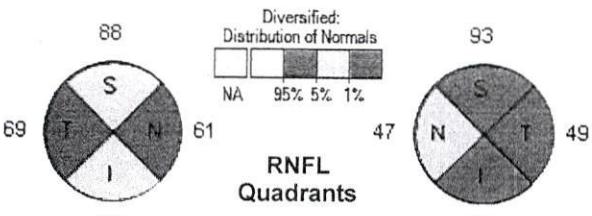
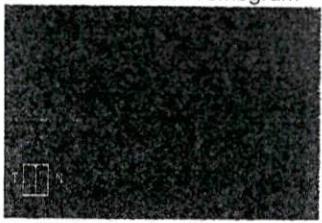
⚠	OD	OS
Average RNFL Thickness	77 μm	60 μm
RNFL Symmetry		69%
Rim Area	1.37 mm^2	1.33 mm^2
Disc Area	1.75 mm^2	1.72 mm^2
Average C/D Ratio	0.46	0.47
Vertical C/D Ratio	0.45	0.51
Cup Volume	0.076 mm^3	0.067 mm^3



Disc Center(0.03,-0.30)mm
Extracted Horizontal Tomogram



Extracted Vertical Tomogram



Comments

Doctor's Signature

Analysis Edited: 9/7/2019 9:10 AM

SW Ver: 8.0.0.518
Copyright 2014
Carl Zeiss Meditec, Inc
All Rights Reserved

Page 1 of 1

Name: assal, abdelaziz

OD

OS

ID: CZMI508316033

Exam Date: 9/7/2019

9/7/2019

CLINIQUE JERADA

DOB: 4/14/1962

Exam Time: 9:06 AM

9:08 AM

Gender: Male

Serial Number: 5000-6064

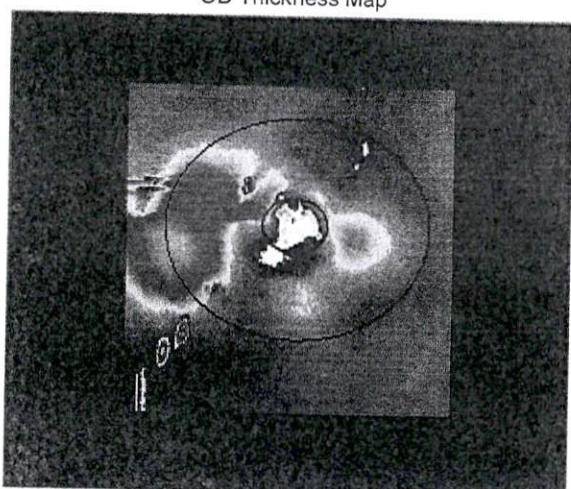
Technician: Operator, Cirrus

Signal Strength: 4/10

ZEISS

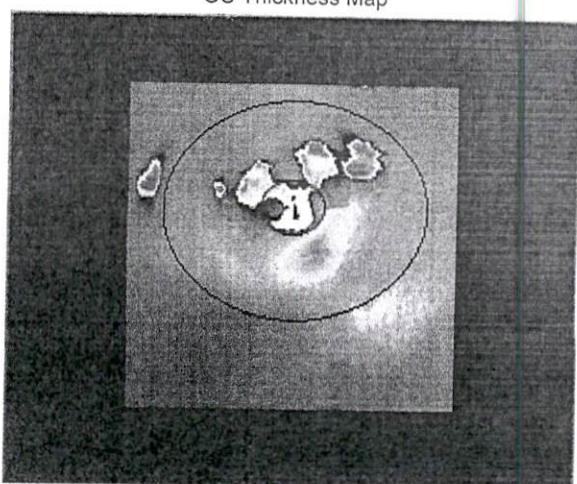
Ganglion Cell OU Analysis: Macular Cube 512x128OD  OS 

OD Thickness Map



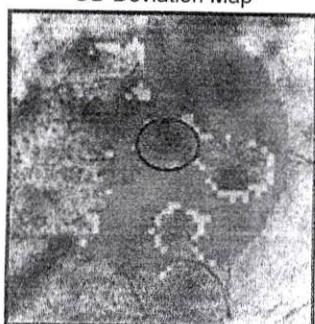
Fovea: 266, 55

OS Thickness Map

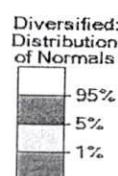
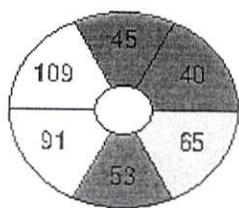


Fovea: 259, 49

OD Deviation Map

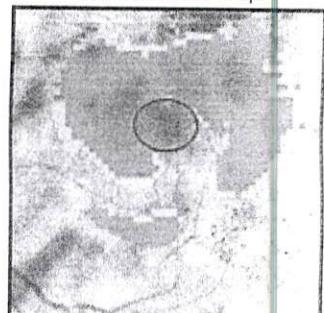


OD Sectors

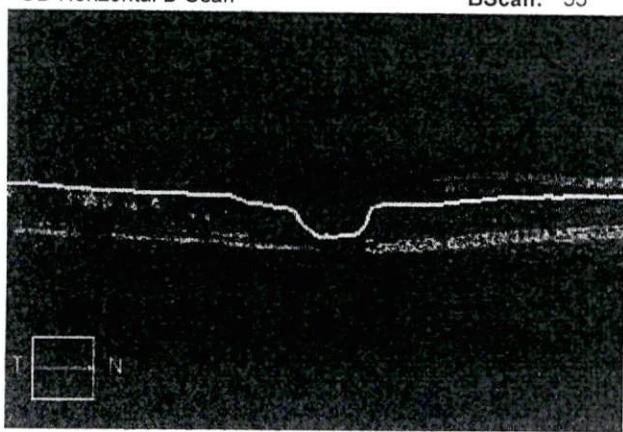


	OD μm	OS μm
Average GCL + IPL Thickness	67	57
Minimum GCL + IPL Thickness	31	26

OS Deviation Map

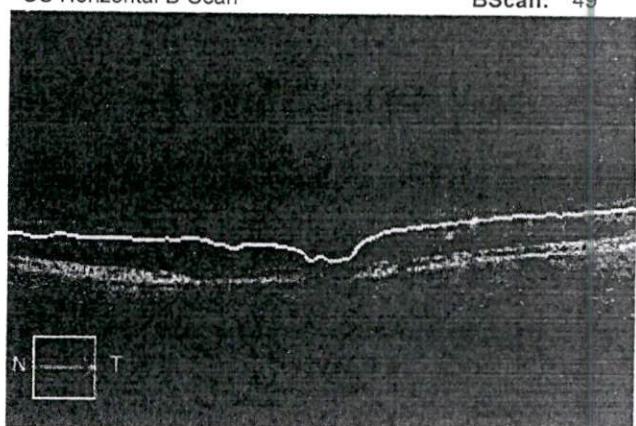


OD Horizontal B-Scan



BScan: 55

OS Horizontal B-Scan



BScan: 49

Comments

Doctor's Signature

SW Ver: 8.0.0.518
 Copyright 2014
 Carl Zeiss Meditec, Inc
 All Rights Reserved

Page 1 of 1

CLINIQUE JERRADA OASIS

PAIEMENT EFFECTUE PAR :
ASSAL ABDELAZIZ
NOM DU PATIENT : M. ASSAL
ABDELAZIZ
DATE DE NAISSANCE : 14/04/1962
1910720492



Reçu N°: 23043

Paiement du 07/09/2019

Actes

Montant 1 200,00 Dh

Type de paiement Chèque

Numéro du chèque : 9662359

Montant du chèque : 1 200,00 Dh

Banque : BMCI

CLINIQUE JERRADA OASIS

PAIEMENT EFFECTUE PAR :
ASSAL ABDELAZIZ
NOM DU PATIENT : M. ASSAL
ABDELAZIZ
DATE DE NAISSANCE : 14/04/1962
1910720492



Reçu N°: 23043

Paiement du 07/09/2019

Actes

Montant	1 200,00 Dh
Type de paiement	Chèque
Numéro du chèque :	9662359
Montant du chèque :	1 200,00 Dh
Banque :	BMCI