

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.

ique :

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 canaux, 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 canaux.

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 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° P19-0006804

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8933 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraité
Nom & Prénom : ASSAL Abdelaziz Date de naissance : 14-04-1969
Adresse : 89 Rue EL ANASSER HAY AL MADINA - Berrechid
Tél. : 0661528060 Total des frais engagés : 12000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 30/09/19

Nom et prénom du malade : ASSAL Abdelaziz Age : 49

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

Nature de la maladie : Pathologie chronique

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 : Berrechid Le : 03/10/2019

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Date des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
07/09/18	dent		1200,00 dh	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Service de Radiologie CASABLANCA Tel: 05 22 99 37 48	07/09/18	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	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
			Coefficient DES TRAVAUX
			MONTANTS DES SOINS
			DEBUT D'EXECUTION
			FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553
(Création, remont, adjonction)		
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
		DATE DU DEVIS
		DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur BENYAHYA Mohamed Salim

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)



الدكتور بن يحيى محمد سليم

إختصاصي في أمراض وجراحة العيون

الجراحة المجهرية للجلالة
علاج الحول، مسالك الدموع
فحص الشرايين بالأشعة
العلاج بالليزر

عضو الجمعية الفرنسية لطب وجراحة العيون

طبيب إختصاصي سابق بمستشفى 20 غشت بالدار البيضاء

20/09/19

A. Salim ABDELALZ

Compte rendu de l'ocul-
nomb + papill

OD le -

OD
peristone d'un léger œdème
des deux courbes rtm de la
rtm avec des microkystes
au niveau de la plati forme
extern, peristone de gulgus
exubats pero fonction

au niveau de l'ou
verture des parties de l'acromioclaviculaire
mouche, avec une légère
atrophie des

Dr. BENYAHYA Mohamed Salim
Ophtalmologiste
Tél: 0522 32 56 56

Docteur BENYAHYA Mohamed Salim

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)

الدكتور بن يحيى محمد سليم

إختصاصي في أمراض وجراحة العيون

الجراحة المجهرية للجلالة
علاج الحول، مسالك الدموع
فحص الشرايين بالأشعة
العلاج بالليزر

عضو الجمعية الفرنسية لطب وجراحة العيون
طبيب إختصاصي سابق بمستشفى 20 غشت بالدار البيضاء



18/08/11

H. S. H. A. B. D. E. C. L. A. H.

12 0 11

mouk

+ papillon

ooh

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

شارع الحسن II بلوك رقم 3 عمارة 21 تجزئة الصافي طريق الكارة - الهاتف : 0522 32 56 56 - برشيد

Bd. Hassan II, Bloc N° 3 Imm 21 - Lot. ESSAFI Direction EL GARA - Tél. : 0522 32 56 56 - BERRCHID



090061078

CASABLANCA Le : 07-09-2019

Facture N° 15871/19

A. Identification

N° Dossier : 1910720492

N° Identifiant : 006116/19

Nom & Prénom : M. ASSAL ABDELAZIZ

C.I.N : W48199

Adresse : 39 RUE ZAAFARAN HAY AL HOUDA BERRECHID

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant**D. Période d'Hospitalisation**

Date Entrée : 07-09-2019

Date Sortie : 07-09-2019

Médecin traitant : DR. BENYAHYA MOHAMED SALIM

Traitement :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
RADIOLOGIE						
1	O.C.T		1 200,00			1 200,00
Total Rubrique :						1 200,00
PARTIE CLINIQUE :						0,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						0,00
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: assal, abdelaziz

ID: CZMI508316033

DOB: 4/14/1962

Gender: Male

Technician: Operator, Cirrus

Exam Date: 9/7/2019

Exam Time: 9:07 AM

Serial Number: 5000-6064

Signal Strength: 6/10

CLINIQUE JERADA

ZEISS

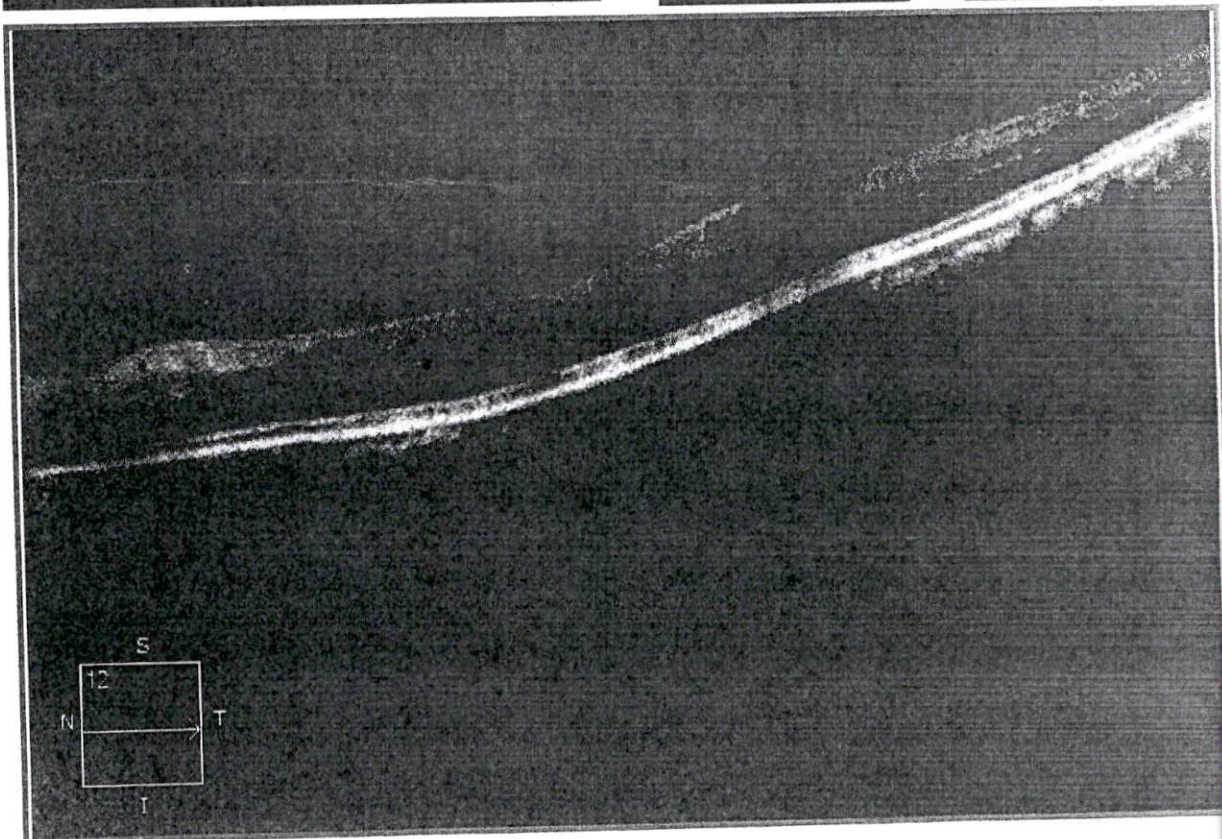
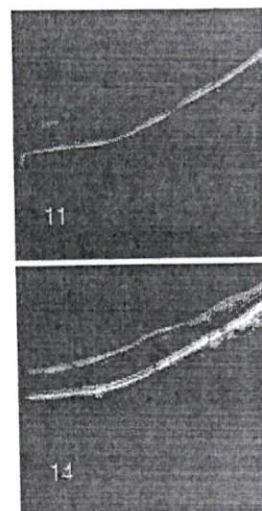
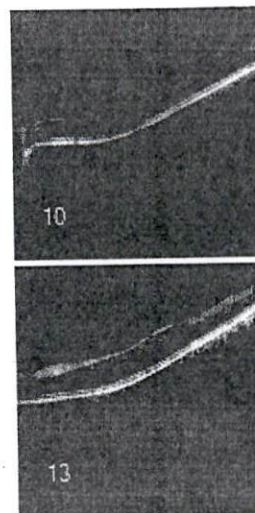
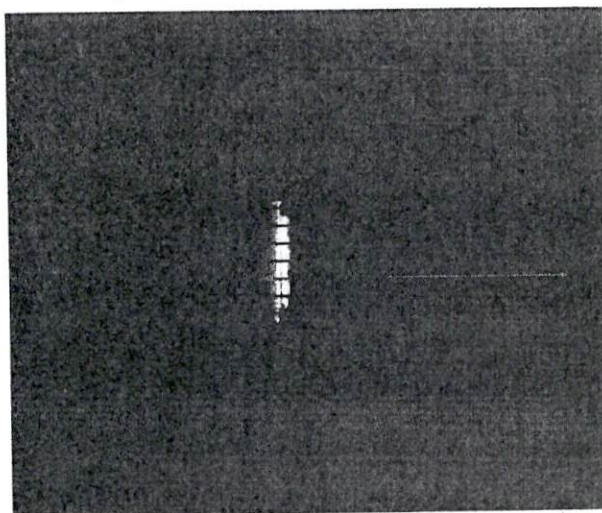
High Definition Images: HD 21 Line

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

ID: CZMI508316033

DOB: 4/14/1962

Gender: Male

Technician: Operator, Cirrus

Exam Date: 9/7/2019

Exam Time: 9:07 AM

Serial Number: 5000-6064

Signal Strength: 4/10

CLINIQUE JERADA

ZEISS

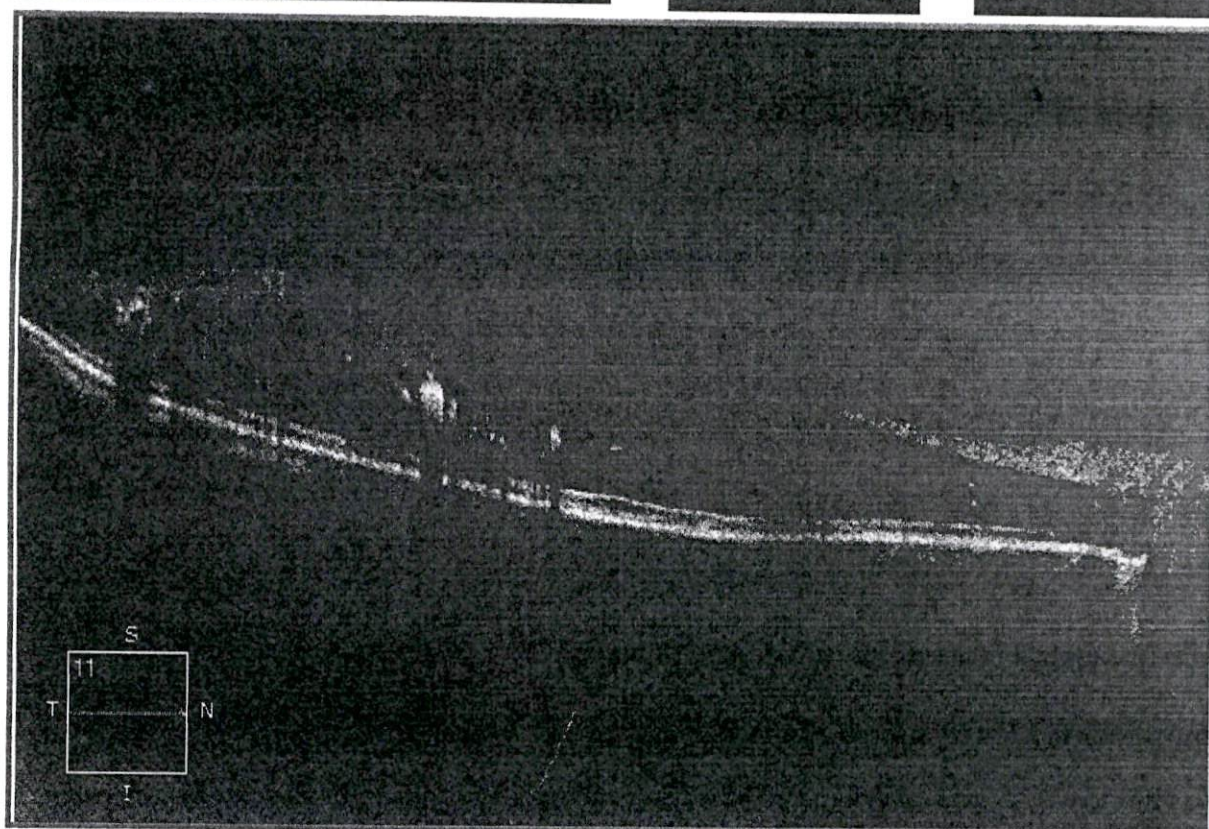
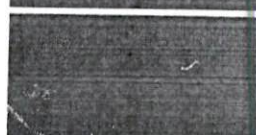
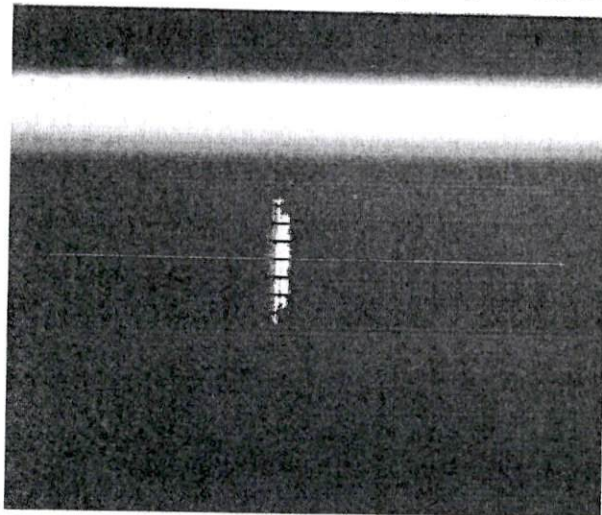
High Definition Images: HD 21 Line

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

ZEISS

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

5000-6064

Technician: Operator, Cirrus

Signal Strength: 4/10

5/10

Macula Thickness OU: Macular Cube 512x128

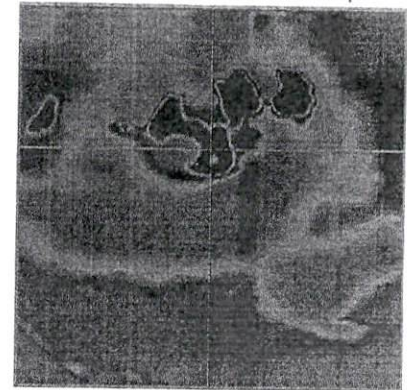
OD ● ● OS

OD ILM-RPE Thickness Map



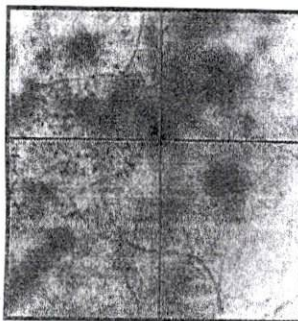
Fovea: 266, 55

OS ILM-RPE Thickness Map

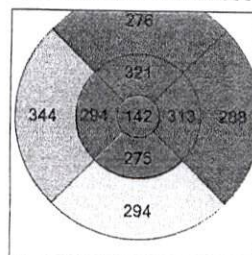


Fovea: 259, 49

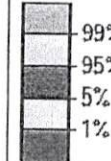
OD OCT Fundus



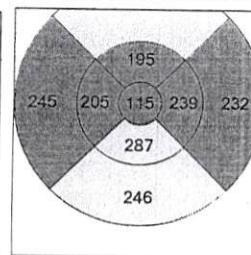
OD ILM-RPE Thickness



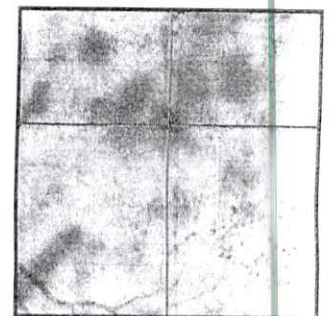
Diversified:
Distribution
of Normals



OS ILM-RPE Thickness



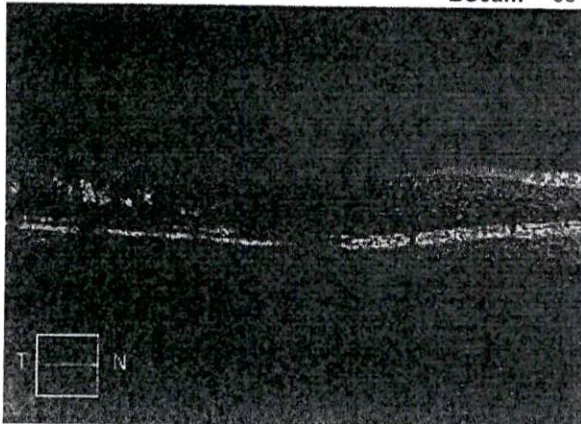
OS OCT Fundus



ILM - RPE	OD	OS
Thickness Central Subfield (µm)	142	115
Volume Cube (mm³)	10.3	8.3
Thickness Avg Cube (µm)	286	231

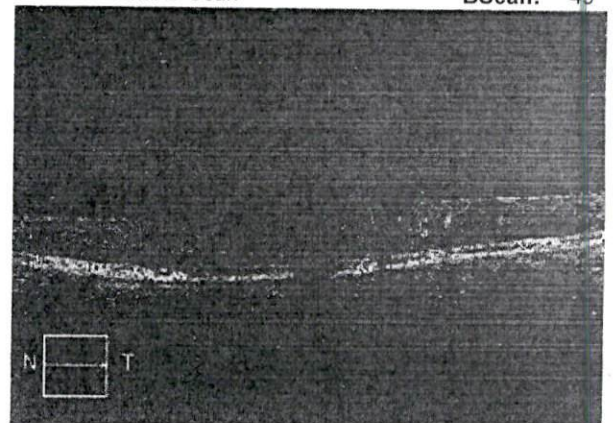
OD Horizontal B-Scan

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

OD

OS

ID: CZMI508316033

Exam Date: 9/7/2019

9/7/2019

CLINIQUE JERADA

DOB: 4/14/1962

Exam Time: 9:06 AM

9:09 AM

Gender: Male

Serial Number: 5000-6064

5000-6064

Technician: Operator, Cirrus

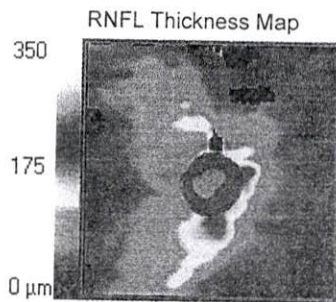
Signal Strength: 3/10

5/10

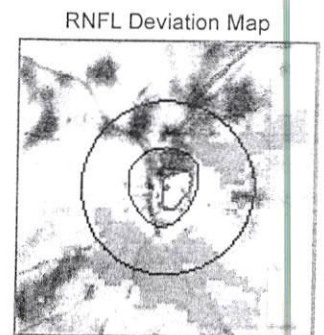
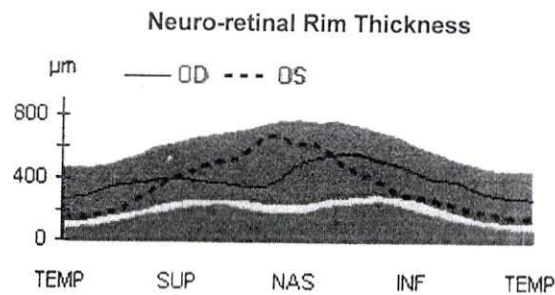
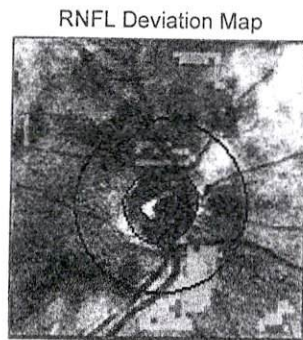
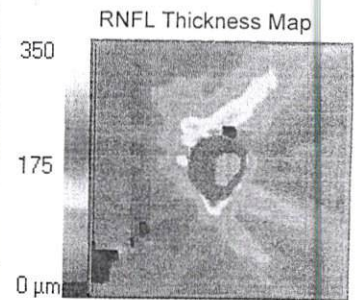
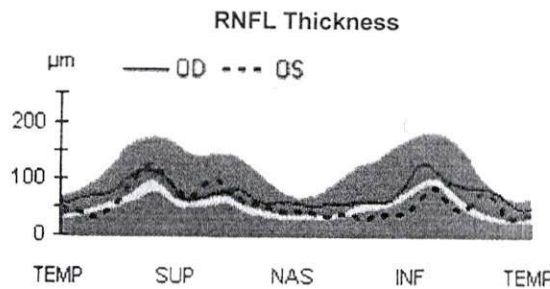


ONH and RNFL OU Analysis: Optic Disc Cube 200x200

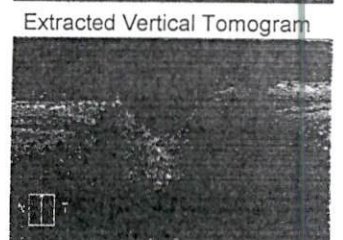
OD ● ● OS



	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	0.45	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 TomogramDisc Center(0.01,0.06)mm
Extracted Horizontal Tomogram

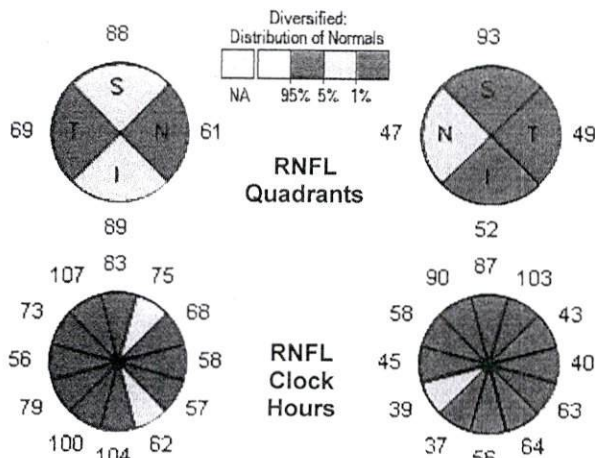
Extracted Vertical Tomogram



RNFL Circular Tomogram



RNFL Circular 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

5000-6064

Technician: Operator, Cirrus

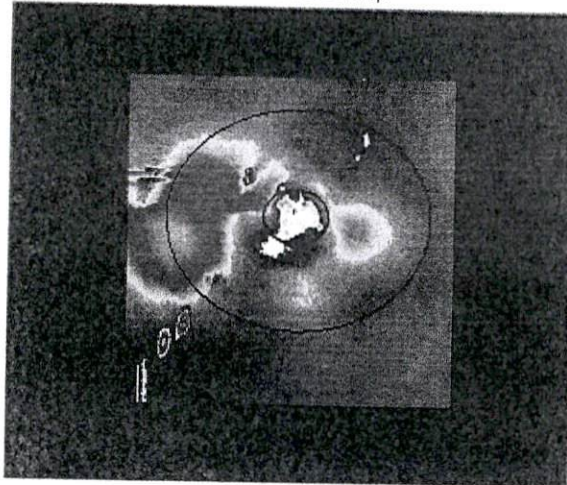
Signal Strength: 4/10

5/10

Ganglion Cell OU Analysis: Macular Cube 512x128

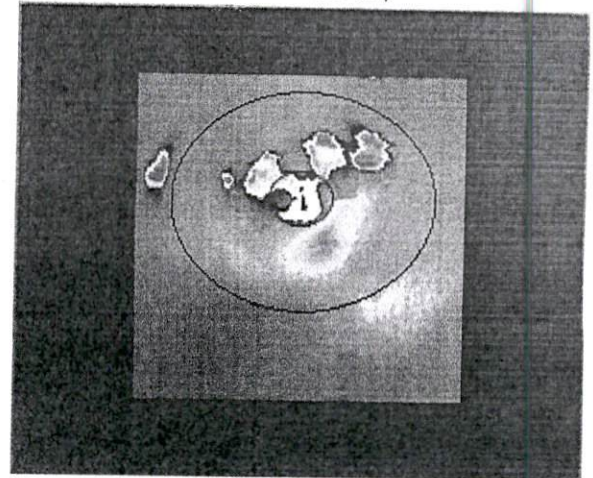
OD ● ● OS

OD Thickness Map



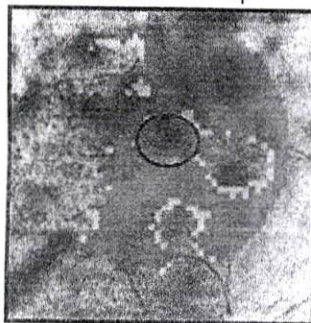
Fovea: 266, 55

OS Thickness Map

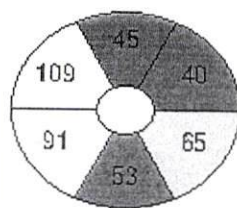


Fovea: 259, 49

OD Deviation Map



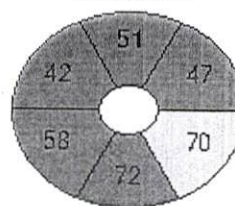
OD Sectors



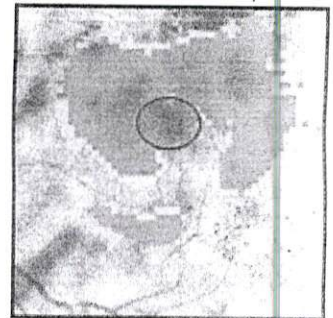
Diversified:
Distribution
of Normals

95%
5%
1%

OS Sectors

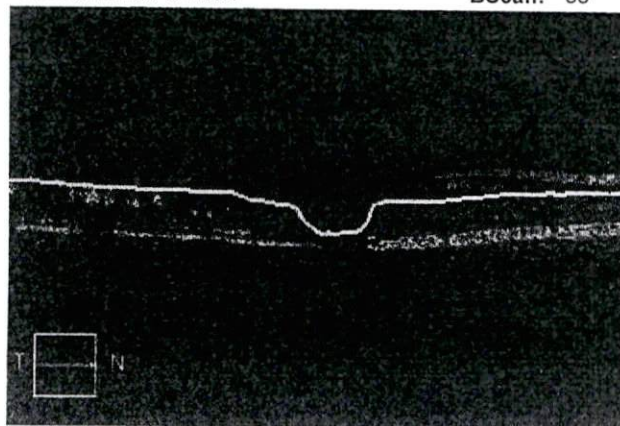


OS Deviation Map



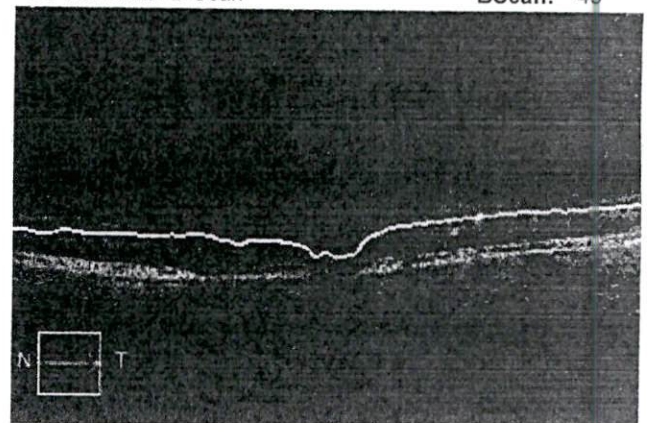
	OD μm	OS μm
Average GCL + IPL Thickness	67	57
Minimum GCL + IPL Thickness	31	26

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