

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

M23-0024080

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01766 Société : R A N
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : SEFFAR Ned Rachid
 Date de naissance : 27-04-1953
 Adresse : 5, Lot Nezha Casablanca
 Tél. : 0661632379 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 19 FEB 2024
 Nom et prénom du malade : SEFFAR FATNA Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection chronique
 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.

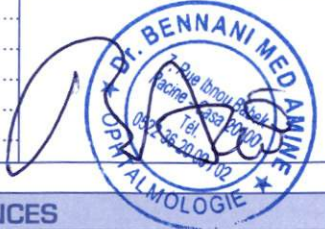
Fait à : Casa

Le : 20/03/2024


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
9-FEV. 2024			300,-	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	19.02.24	511.30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	19-FEV. 2024	OCT ODG (K80)	1000,-

AUXILIAIRES MEDICAUX

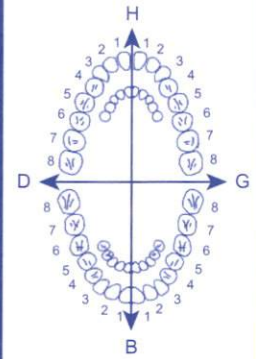
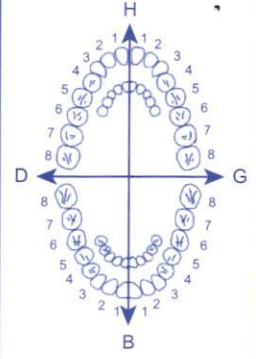
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 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"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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 Mohammed Amine BENNANI

OPHTALMOLOGIE

Diplômé de l'Institut Universitaire

BARRAQUER - BARCELONE

Maladies et Chirurgie des Yeux

*- Cataracte - Ophtalmo-pédiatrie - Chirurgie réfractive
(Myopie - Hypermétropie - Astigmatisme)*

Casablanca, le lundi 19 février 2024

Patient : Madame SEFFAR Fatna

TRAVATAN / 1 goutte le soir aux deux yeux

QSP 3 Mois

THEALOSE / 1 goutte 3 à 4 fois par jour, à renouveler en cas de besoin

Ne pas interrompre ce traitement sauf avis médical



Bd Massira Khadra, Rue Ibnou Babek n° 7, Quartier Racine, 20100 Casablanca
Tél : 0522.36.20.00 / 0522.36.20.02, E-mail : mariophta@gmail.com

Docteur Mohammed Amine BENNANI

OPHTALMOLOGIE

Diplômé de l'Institut Universitaire

BARRAQUER - BARCELONE

Maladies et Chirurgie des Yeux

*Glaucome - Cataracte - Ophtalmo-pédiatrie - Chirurgie réfractive
(Myopie - Hypermétropie - Astigmatisme)*

Casablanca, le lundi 19 février 2024

Patient : **Madame Fatna SEFFAR**

OCT PAPILLE AUX DEUX YEUX



Bd Massira Khadra, Rue Ibnou Babek n° 7, Quartier Racine, 20100 Casablanca
Tél : 0522.36.20.00 / 0522.36.20.02, E-mail : mariophta@gmail.com

Docteur Mohammed Amine BENNANI

OPHTALMOLOGIE

Diplômé de l'Institut Universitaire

BARRAQUER - BARCELONE

Maladies et Chirurgie des Yeux

*Glaucome - Cataracte - Ophtalmo-pédiatrie - Chirurgie réfractive
(Myopie - Hypermétropie - Astigmatisme)*

Casablanca, le lundi 19 février 2024

NOTE D'HONORAIRES

Patient : **Madame Fatna SEFFAR**

Examen : OCT ODG (K80)

Honoraires Médecin Taitant : 1000,00 DHS

La présente note d'honoraires est arrêtée à la somme de : Mille Dirhams.



Bd Massira Khadra, Rue Ibnou Babek n° 7, Quartier Racine, 20100 Casablanca
Tél : 0522.36.20.00 / 0522.36.20.02, E-mail : mariophta@gmail.com

Docteur Mohammed Amine BENNANI

OPHTALMOLOGIE

Diplômé de l'Institut Universitaire

BARRAQUER - BARCELONE

Maladies et Chirurgie des Yeux

*Glaucome - Cataracte - Ophtalmo-pédiatrie - Chirurgie réfractive
(Myopie - Hypermétropie - Astigmatisme - Presbytie)*

Casablanca, le lundi 19 février 2024

Patient : **Madame Fatna SEFFAR**

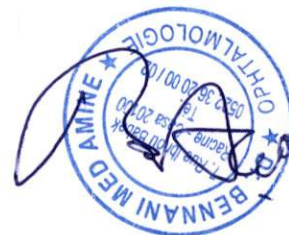
Acte : Tomographie en cohérence optique (SD OCT) région maculaire et tête du nerf optique aux deux yeux.

Indication : Hypertension oculaire

Cartes ganglionnaires et fibrillaires normales, absence de déficit notable.

Courbes de répartition RNFL au niveau des anneaux papillaires superposées évoluant dans la zone de confort.

Examens comparatifs sur les deux périodes examinées montrant un aspect relativement stable.

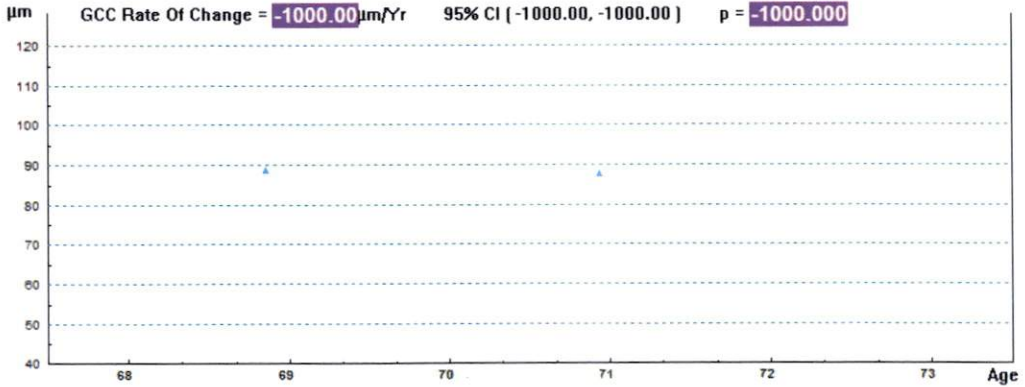
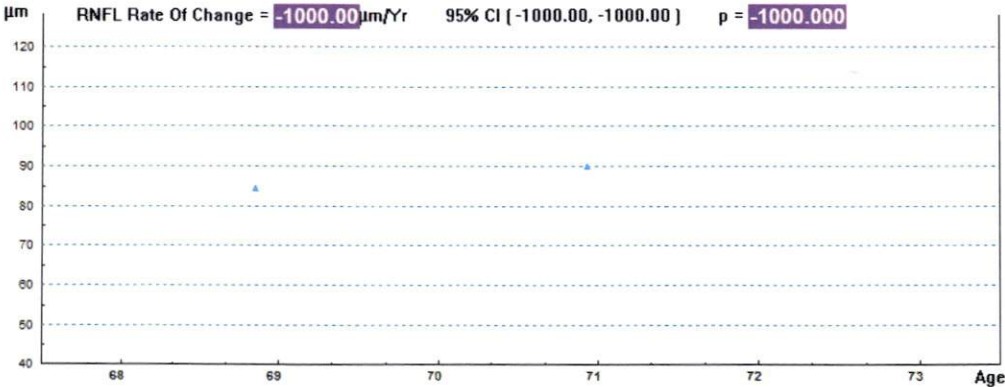
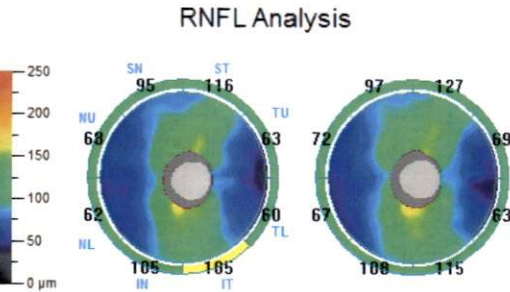
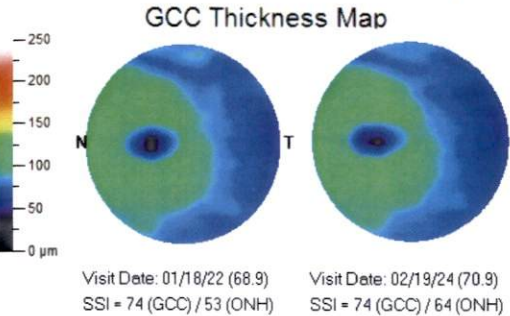


Patient: SEFFAR , FATNA
Physician:
Operator:
Disease:

DR BENNANI MED AMINE
7 RUE IBNOU BABEK RACINE CASABLANCA
Gender: Female
ID:

Exam Date: 19/02/2024
DOB(age): 09/03/1953 (70)
Ethnicity: Caucasian
Algorithm Ver: A2017,1,0,151

Nerve Fiber ONH/GCC Change Analysis

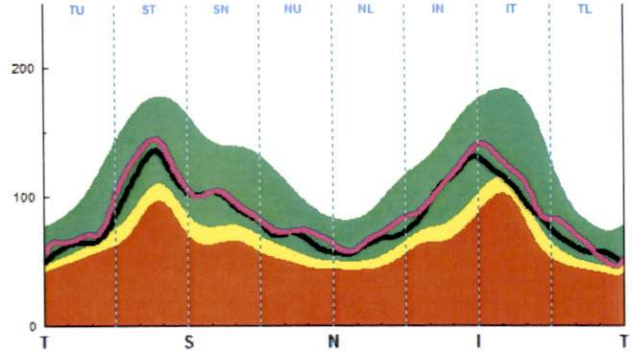


NDB Thickness

Within
Normal
Borderline
Outside
Normal

Comparison to NDB

GCC Analysis	01/18/22	02/19/24
Average GCC (μm)	88	87
Superior GCC (μm)	87	85
Inferior GCC (μm)	90	90
FLV (%)	0.87	1.15
GLV (%)	6.36	7.30
RNFL/ONH Analysis	01/18/22	02/19/24
Average RNFL (μm)	84	90
Superior RNFL (μm)	86	91
Inferior RNFL (μm)	83	88
Cup/Disc H. Ratio	0.80	0.83
Cup/Disc V. Ratio	0.70	0.70
Rim Area (mm²)	0.81	0.81



Report Date: lundi 19/02/2024 12:04:38

Software Version: 2017,1,0,151

Comment:
Signature:



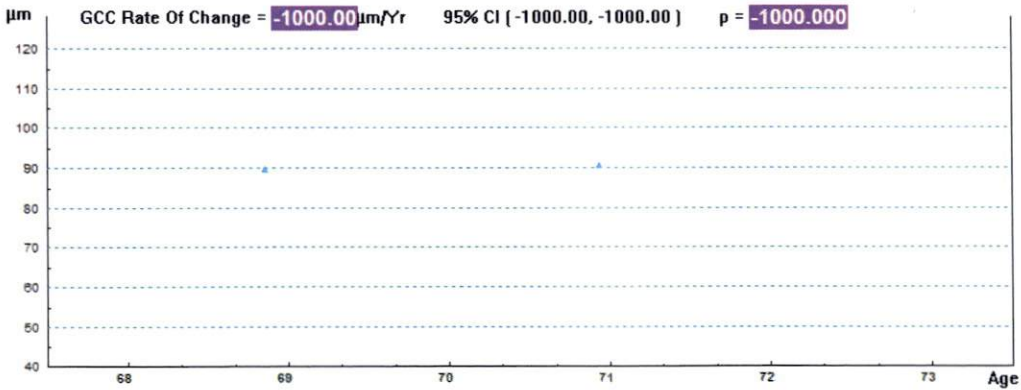
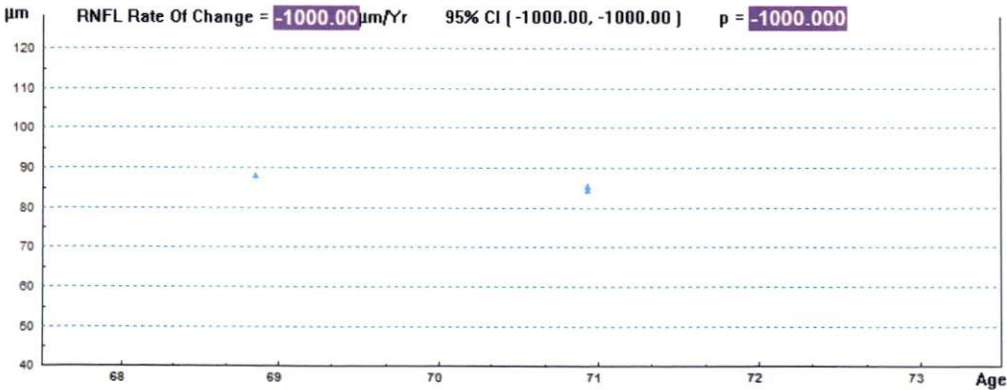
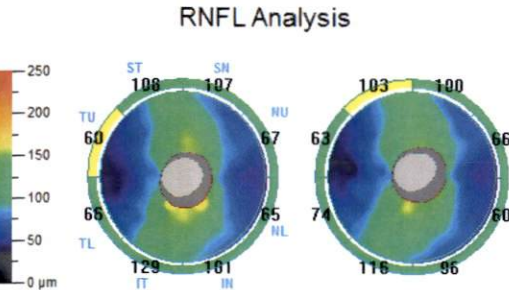
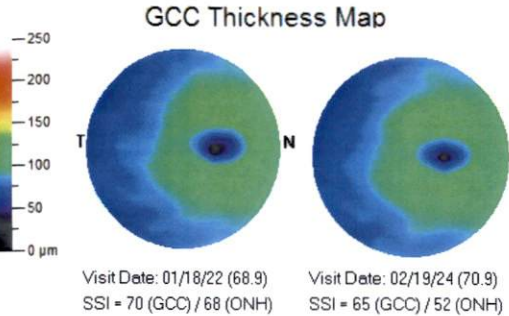
Defining the OCT Revolution

Patient: SEFFAR , FATNA
Physician:
Operator:
Disease:

DR BENNANI MED AMINE
7 RUE IBNOU BABEK RACINE CASABLANCA
Gender: Female
ID:

Exam Date: 19/02/2024
DOB(age): 09/03/1953 (70)
Ethnicity: Caucasian
Algorithm Ver: A2017,1,0,151

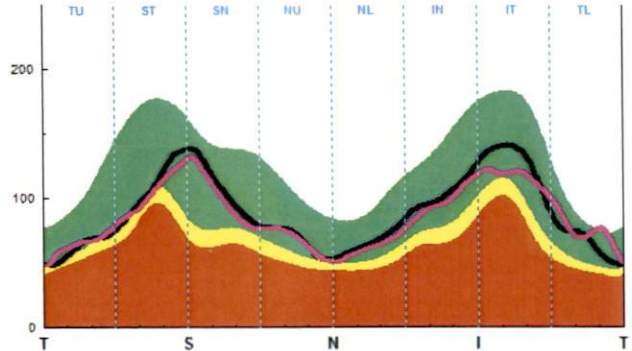
Nerve Fiber ONH/GCC Change Analysis



NDB Thickness

Comparison to NDB

GCC Analysis	01/18/22	02/19/24
Average GCC (μm)	89	90
Superior GCC (μm)	88	88
Inferior GCC (μm)	91	92
FLV (%)	0.54	0.48
GLV (%)	5.65	4.62
RNFL/ONH Analysis	01/18/22	02/19/24
Average RNFL (μm)	88	85
Superior RNFL (μm)	86	83
Inferior RNFL (μm)	90	86
Cup/Disc H. Ratio	0.83	0.81
Cup/Disc V. Ratio	0.72	0.71
Rim Area (mm²)	0.88	0.91



Report Date: lundi 19/02/2024 12:04:10

Software Version: 2017,1,0,151

Comment:
Signature:

