

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.

N° W19-532927

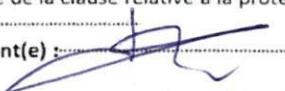
ND 29583

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	110.9	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : JAMALI SAID			
Date de naissance : 01/05/1952			
Adresse : 104 B ^e FHNDI Hay BENSY Boudjelid			
Tél. :	664 559 080	Total des frais engagés :	Dhs

Cadre réservé au Médecin			
Dr ESSALIME KARIMA Ophtalmologue 146, Bd Joulane Appt 1 Salmia 2 Casa - Tél : 0522 57 00 55			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :	07/05/2022		
Nom et prénom du malade :		Dr JAMALI SAID	Age : 68 ans
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Affection oculaire			
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) : 

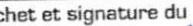


RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXÉCUTION 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
 CLINIQUE AL MADINA Caisse de Rue Mohamed Sahl et said Quartier Palmiers Casablanca Fax: 05 22 30001	OCT.	parcellaire	1000,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est tenu 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODP.

Dr. ESSALIME KARIMA

Spécialiste de la chirurgie et
des maladies des yeux
Ophtalmologie pédiatrique
Cataracte - Angiographie & Laser
Lentilles de contact



الدكتورة الساليم كريمة

اختصاصية في أمراض و جراحة العيون
جراحة المياه البيضاء (الجلالة) بالليزر
طب العيون للأطفال
تصوير أوعية الشبكية و الليزر
العدسات اللاصقة

07/05/2020

Mr. JAMAUI Said

- Amputation de l'hémichoupe nasal

OD

=D OCT Papillore 0065

~~CLINIQUE AL MADINA~~
~~Angle Rue Caisse
Mansard Quartier Bahi et
Casablanca~~
~~146, Boulevard Joulane, Appartement 1, 1er Etg - Salmia 2 - Casablanca. CSM: 06 67 66 89 60
05 22 57 00 55، شارع الجولان، شقة رقم 1، الطابق الأول - السالمية 2، الهاتف : 55~~
~~OPhtalmologue
Dr ESSALIME KARIMA
Appart 1 Salmia 2
Bd Joulane 146
Casa - Tél. 0522 57 00 55~~

146, Boulevard Joulane, Appartement 1, 1er Etg - Salmia 2 - Casablanca. CSM: 06 67 66 89 60
05 22 57 00 55، شارع الجولان، شقة رقم 1، الطابق الأول - السالمية 2، الهاتف : 55

ICE: 001781653000094 / IF: 15204047 / INPE: 091034553



ORDONNANCE

07-05-2020

Compte rendu OCT papillons

- OD = Amincissement important des RNFL peripapillaires
 $C/D = 0,91$
Aire ANR = 0,62
Amincissement du GCC dans tous les quadrants
 - OG = Epaisseur des FNR peripapillaires normale
 $C/D = 0,75$
Aire annulus neurodémyelinisé = 1,41
GCC = NL

DOCTOR MISS SALIME KARIMA
Opticienne
146 Bd Joulaa Apt 1 Salmia 2
Casab - Tél : 0522 57 00 55

FACTURE

N° : 3606 B / 2020 du 07/05/2020

OCT

Nom patient JAMALI SAID

Entrée 07/05/2020

PAYANT

Sortie 07/05/2020

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
FRAIS CLINIQUE	1,00		500,00	500,00
			Sous-Total	500,00
Total Clinique				500,00
DR. ESSALIME KARIMA (ophtalmo)	1,00		500,00	500,00
			Sous-Total	500,00
Total Autres prestations				500,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

MILLE DIRHAMS	Total	1 000,00

CLINIQUE AL MADINA
Caisse
Angle Rue Mohamed Bahi et
Rue Mansard Quartier Palmiers
Casablanca Tél: 05 22 77 77 40/49 Fax: 05 22 25 00 01

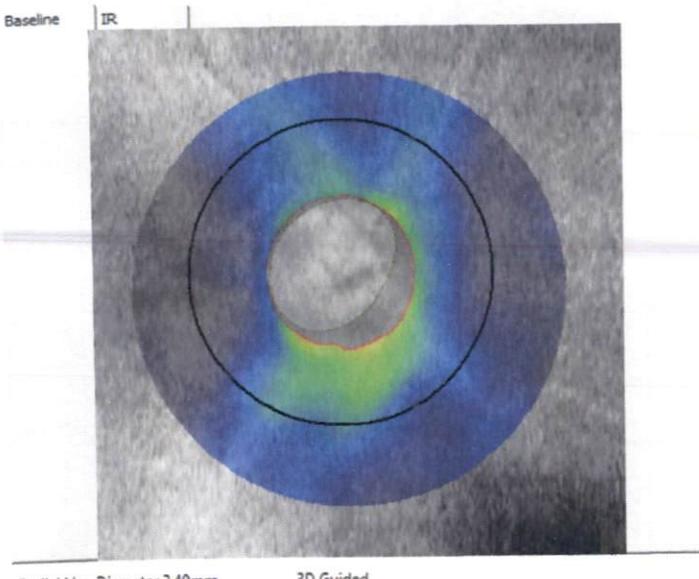
ent: JAMALI, SAID
sician:
rator:
ase:

CLINIQUE AL MADINA

Gender: Male
ID:

Exam Date: 07/05/2020
DOB(age): 01/05/1952 (68)
Ethnicity: Caucasian
Algorithm Ver: A2018,1,0,33

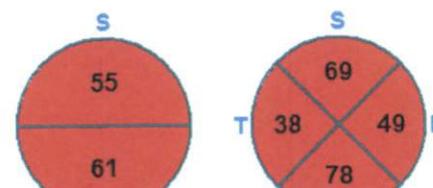
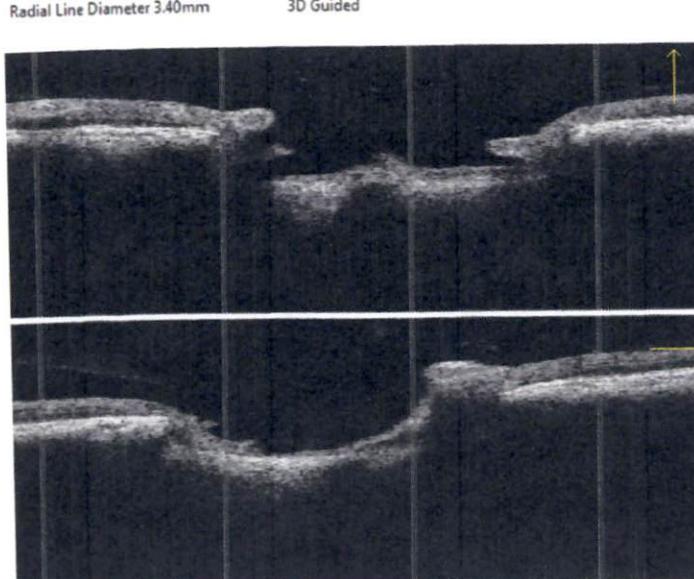
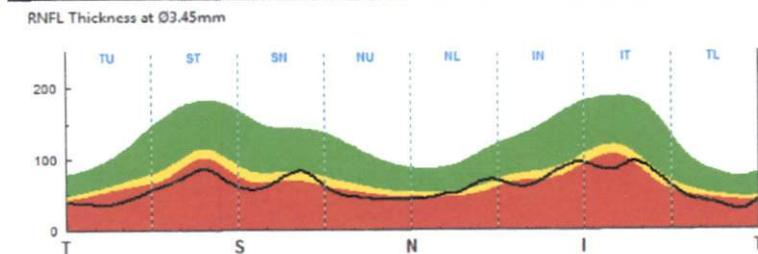
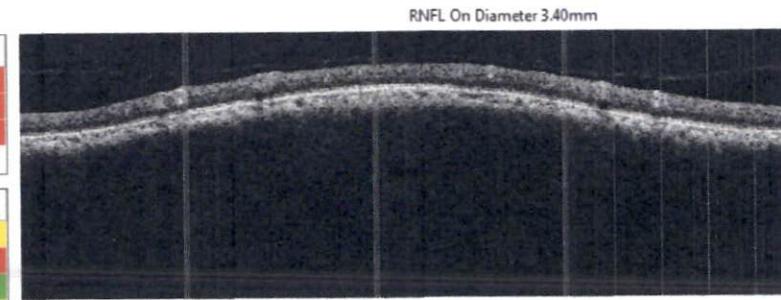
ONH



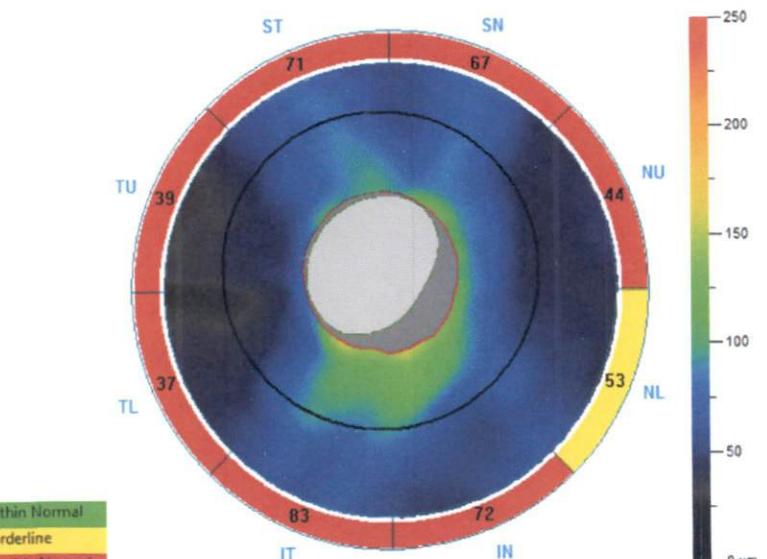
Signal Strength Index 54

RNFL Analysis	μm
Average RNFL (μm)	58
Superior RNFL (μm)	55
Inferior RNFL (μm)	61
Intra Eye (S-I) (μm)	-6

ONH Analysis	
Cup/Disc Area Ratio	0.72
Cup/Disc V. Ratio	0.91
Cup/Disc H. Ratio	0.88
Rim Area (mm ²)	0.52
Disc Area (mm ²)	2.26
Cup Volume (mm ³)	0.530



- Show Lines
- Show Boundary Curves
- Not in Trend Analysis



Report Date: jeudi 07/05/2020 14:19:40

Software Version: 2018,1,0,33

Comment:

Signature:

Defining the OCT Revolution

OPTOVUE

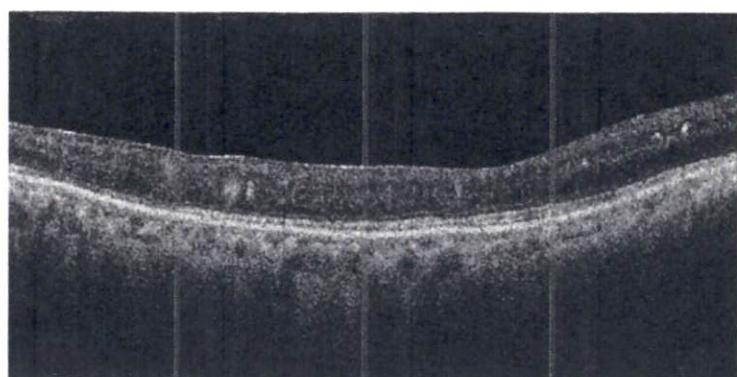
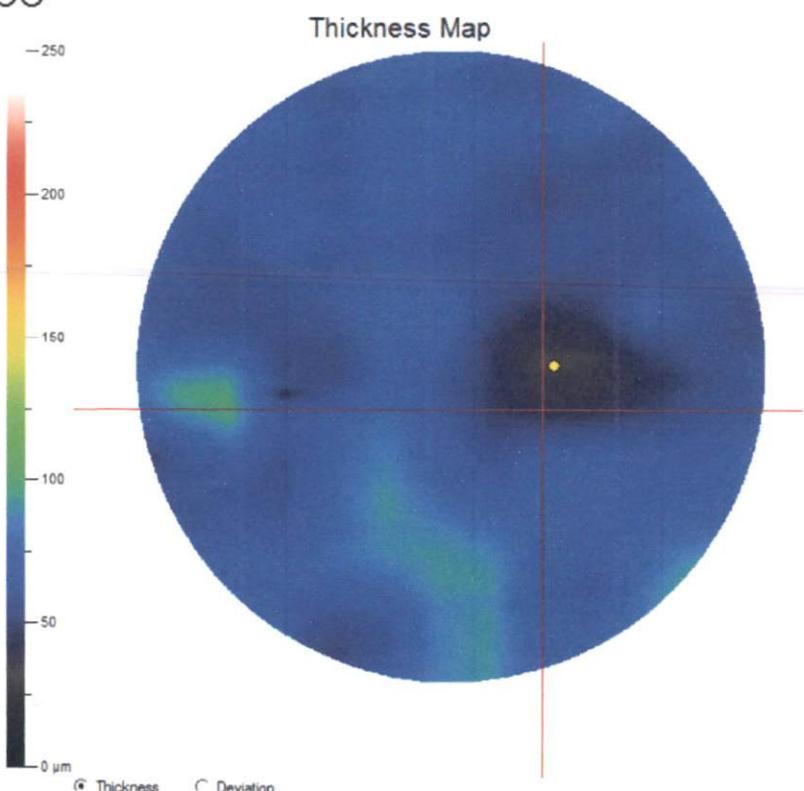
Patient: JAMALI, SAID
Physician:
Operator:
Disease:

CLINIQUE AL MADINA

Gender: Male
ID:

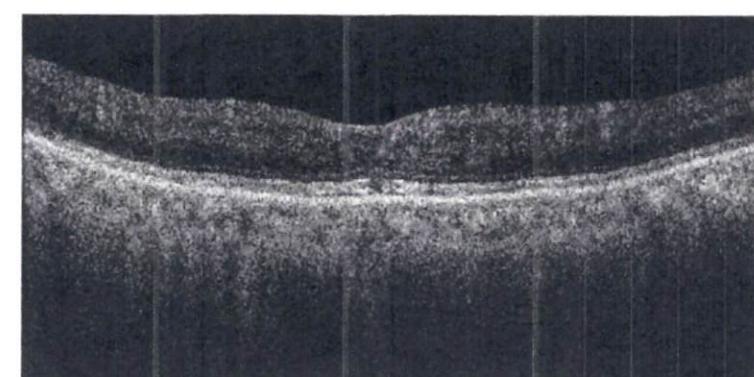
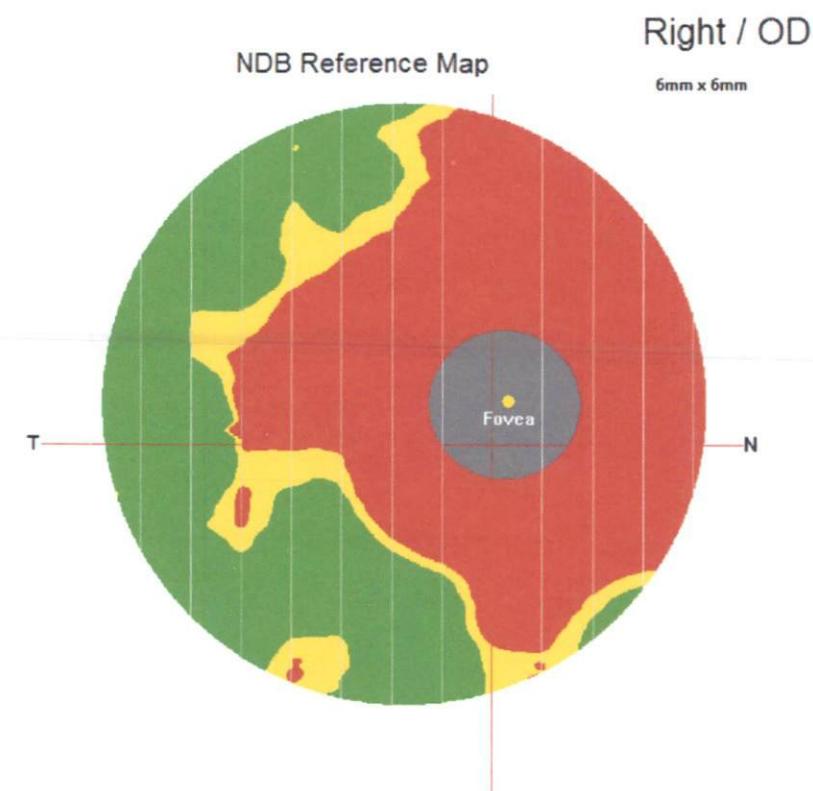
Exam Date: 07/05/2020
DOB(age): 01/05/1952 (68)
Ethnicity: Caucasian
Algorithm Ver: A2018,1,0,33

GCC



- Auto Zoom
- Show Lines
- Show Boundary Curves
- Not in Trend Analysis

NDB Reference Map



Report Date: jeudi 07/05/2020 14:19:30

Software Version: 2018,1,0,33

Comment:

Signature:

Defining the OCT Revolution

OPTOVUE

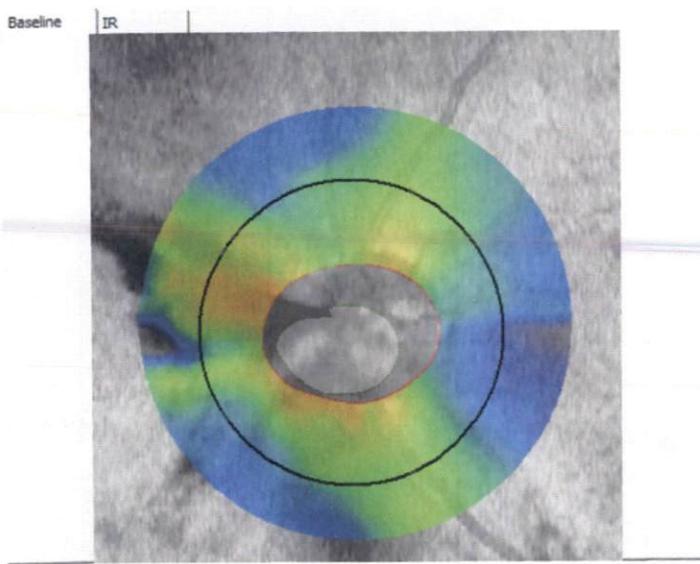
ent: JAMALI, SAID
sician:
erator:
ease:

CLINIQUE AL MADINA

Gender: Male
ID:

Exam Date: 07/05/2020
DOB(age): 01/05/1952 (68)
Ethnicity: Caucasian
Algorithm Ver: A2018,1,0,33

ONH



Signal Strength Index 21

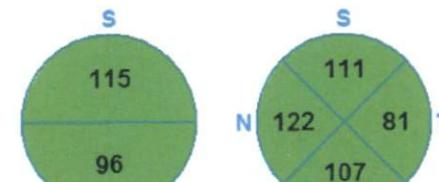
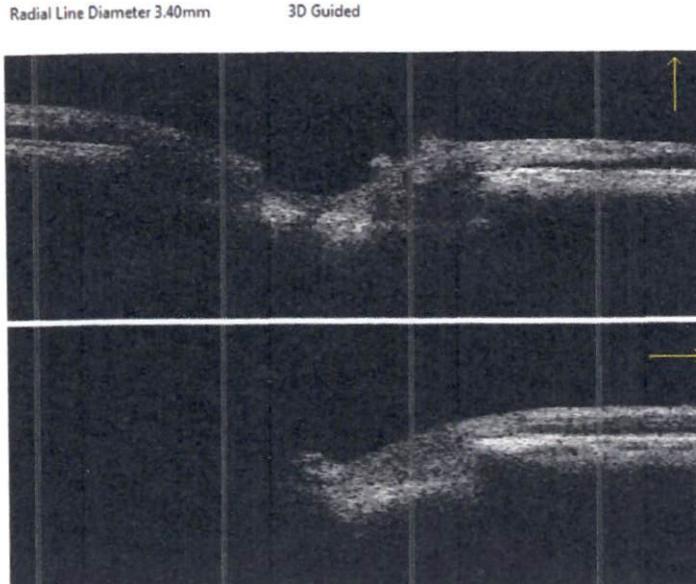
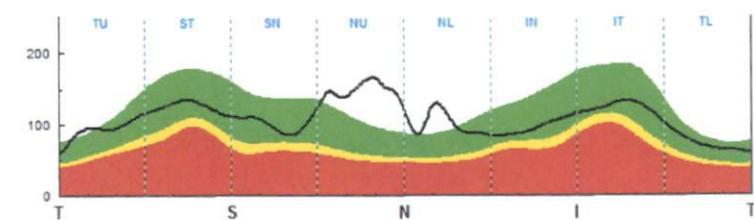
RNFL Analysis	μm
Average RNFL (μm)	105
Superior RNFL (μm)	115
Inferior RNFL (μm)	96
Intra Eye (S-I) (μm)	19

ONH Analysis	
Cup/Disc Area Ratio	0.43
Cup/Disc V. Ratio	0.75
Cup/Disc H. Ratio	0.71
Rim Area (mm ²)	1.41
Disc Area (mm ²)	2.47
Cup Volume (mm ³)	0.317

RNFL On Diameter 3.40mm

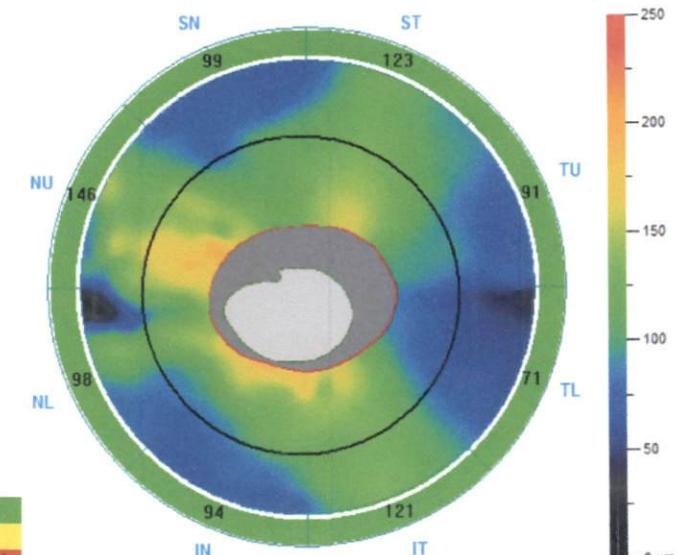


RNFL Thickness at Ø3.45mm



- Show Lines
- Show Boundary Curves
- Not in Trend Analysis

p>5% Within Normal
p<5% Borderline
p<1% Outside Normal



Report Date: jeudi 07/05/2020 14:19:14

Software Version: 2018,1,0,33

Comment:

Signature:

Defining the OCT Revolution

OPTOVUE

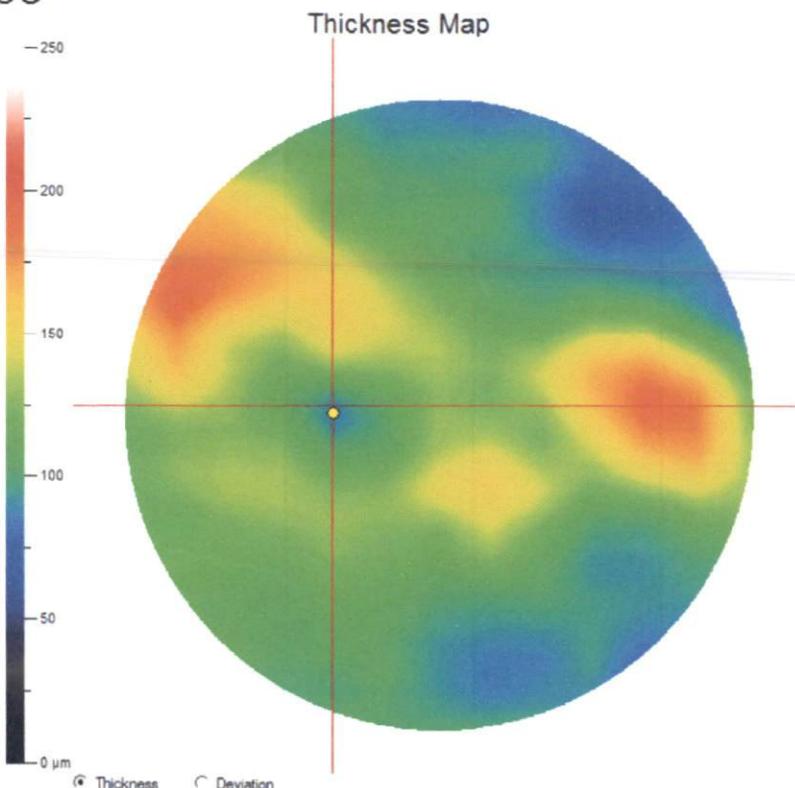
Patient: JAMALI, SAID
Physician:
Operator:
Sease:

CLINIQUE AL MADINA

Gender: Male
ID:

Exam Date: 07/05/2020
DOB(age): 01/05/1952 (68)
Ethnicity: Caucasian
Algorithm Ver: A2018.1,0.33

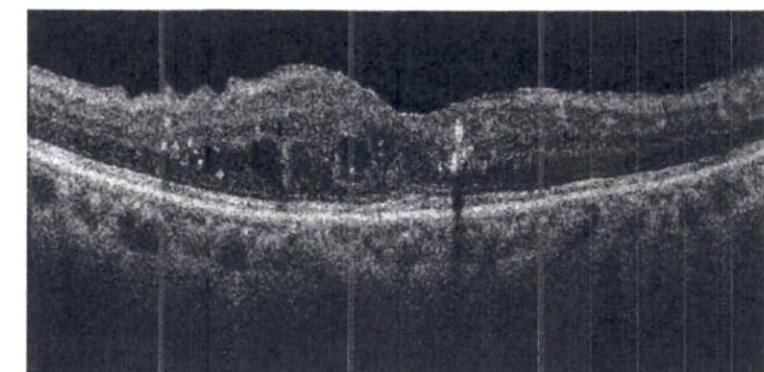
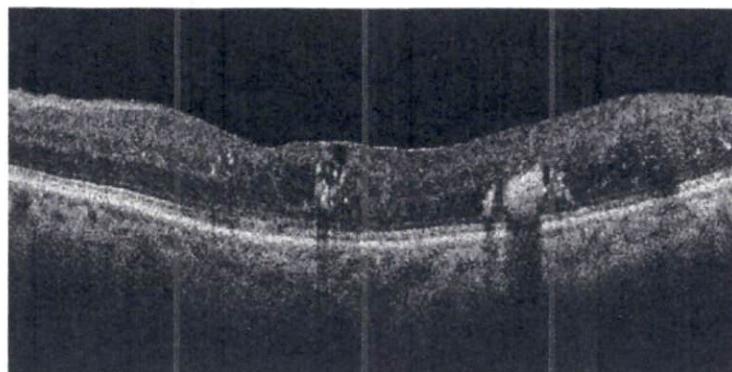
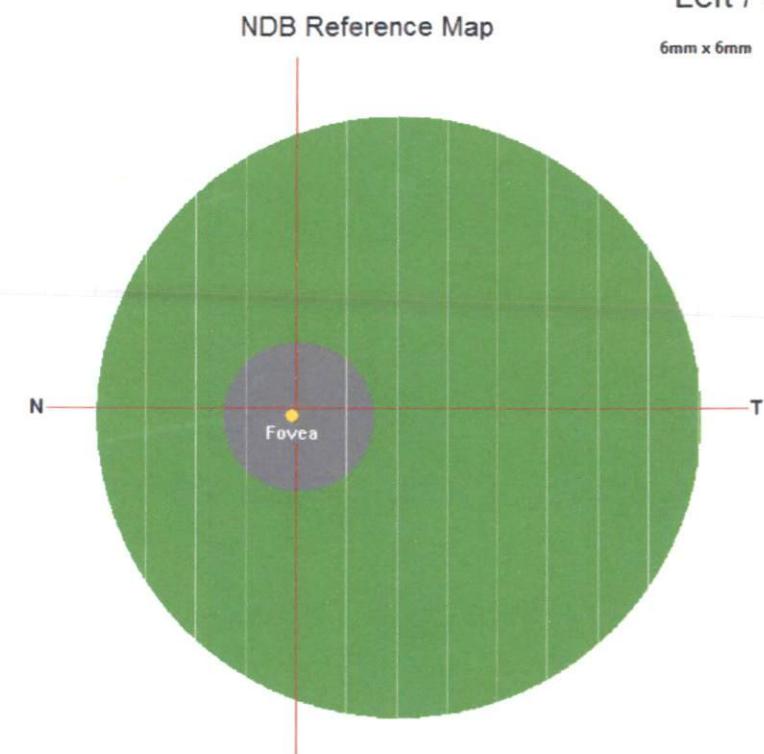
GCC



p>5% Within Normal
p<5% Borderline
p<1% Outside Normal

- Auto Zoom
- Show Lines
- Show Boundary Curves
- Not in Trend Analysis

Left / OS



Report Date: jeudi 07/05/2020 14:19:22

Software Version: 2018.1,0.33

Comment:

Signature:

Defining the OCT Revolution

OPTOVUE