

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.

diologie 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.

tique :

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 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- 0040841

ND: 29517

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1109 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : JAMALI Saïd

Date de naissance : 01/05/1952

Adresse : 104 B- GHANDI - Hay BENBY - Berrechid

Tél. : 0664559080 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22/02/2020

Nom et prénom du malade : MR. JAMALI Saïd Age:

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ 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) :

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| 29/02/2020 | CS | 270 | | |
| 10/03/2020 | Contrôle | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

22/02/2020 6800 MAD

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue Date Désignation des Coefficients Montant des Honoraires

11/03/2020 000 10000

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

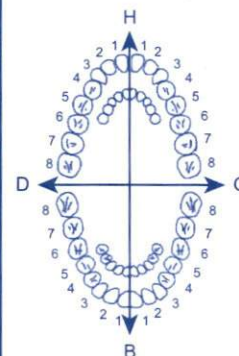
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

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 |
| 00000000 | 00000000 |
| G | |
| D | |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |
| B | |

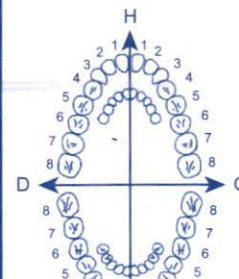
(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS



Dr. ESSALIME KARIMA

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



samedi 22 février 2020

Mr. JAMALI Said

DICLOCED: collyre

1 goutte x 3/jour pdt 15 jours
1 goutte x 2/jour pdt 15 jours, œil gauche

68,00



PHARMACIE BELLOUCH
Rue 1 N° 116 Salmia 2 Sbata
Casablanca
Tél: 05 22 38 36 84

Dr. ESSALIME KARIMA
Ophtalmologue
146, Bd Joulane - Appartement 1 Salmia 2
Casa - Tél: 0522 57 00 55

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

ICE: 001781653000094 / IF: 15204047 / INPE: 091034553

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 وجراحة العيون
جراحة المياه البيضاء (الجلالة) بالليزر
طب العيون للأطفال
تصوير أوعية الشبكية والليزر
العصابات اللاصقة

22/02/2020

Mr. JAMALI Saïd

- BAV, ODG, DT2

OCT J aculaire ONC

CLINIQUE AL MADINA
Angle Rue Mohamed V et Rue Hassan
Quartier Palmerie - Casablanca
Tél: 05 22 77 17 10 - Fax: 05 22 25 00 01

Dr. ESSALIME KARIMA
Ophtalmologue
146, Bd Joulane Appt 1 Salmia 2
Casablanca - Tél : 0522 57 00 55

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

ICE: 001781653000094 / IF: 15204047 / INPE: 091034553

Dr. ESSALIME KARIMA
Ophtalmologue
146, Bd Joulane Appt 1 Salmia 2
Casa - Tél : 0522 57 00 55

COMPTE RENDU OCT maculaire

Nom du patient : Mr. JAMALI SAID

Motif de l'examen: BAV OD + RIV OG

Medecin correspondant : Dr. Essalime Karima

Œil droit : * Amincissement important des différentes
couches rétiniennes
e fondus = 216 µ

Œil gauche :

* Epaissement de la rétine sup avec exsudats intra
rétiniens

C. A. T :

Dr. ESSALIME KARIMA
Ophtalmologue
146, Bd Joulane Appt 1 Salmia 2
Casa - Tél : 0522 57 00 55

FACTURE

N° : 2968 B / 2020 du 10/03/2020

OCT

Nom patient **JAMALI SAID**
PAYANT

Entrée 10/03/2020

Sortie 10/03/2020

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

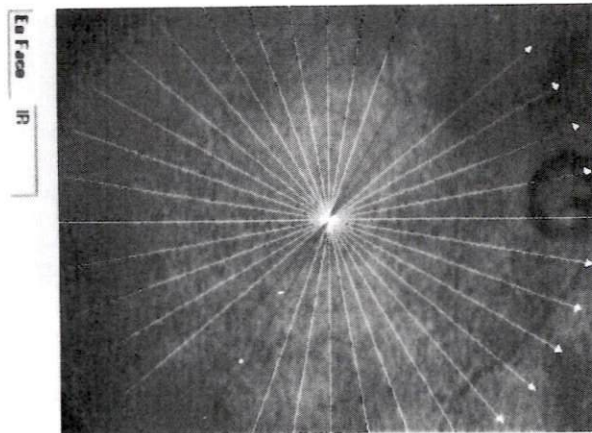
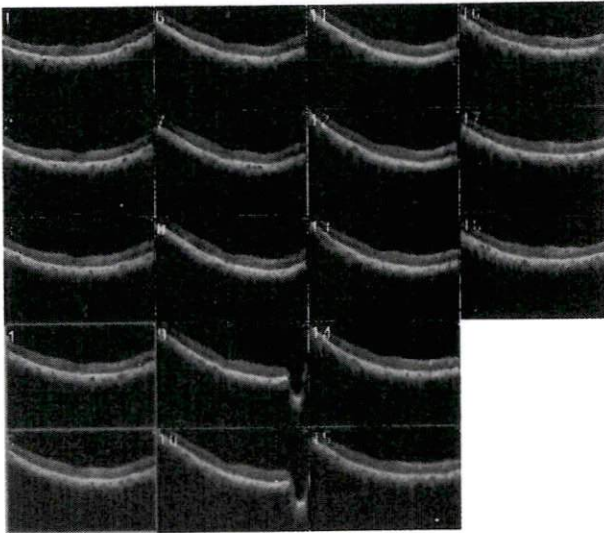
Total 1 000,00

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

Radial Lines

Signal Strength Index 53

Right / OD



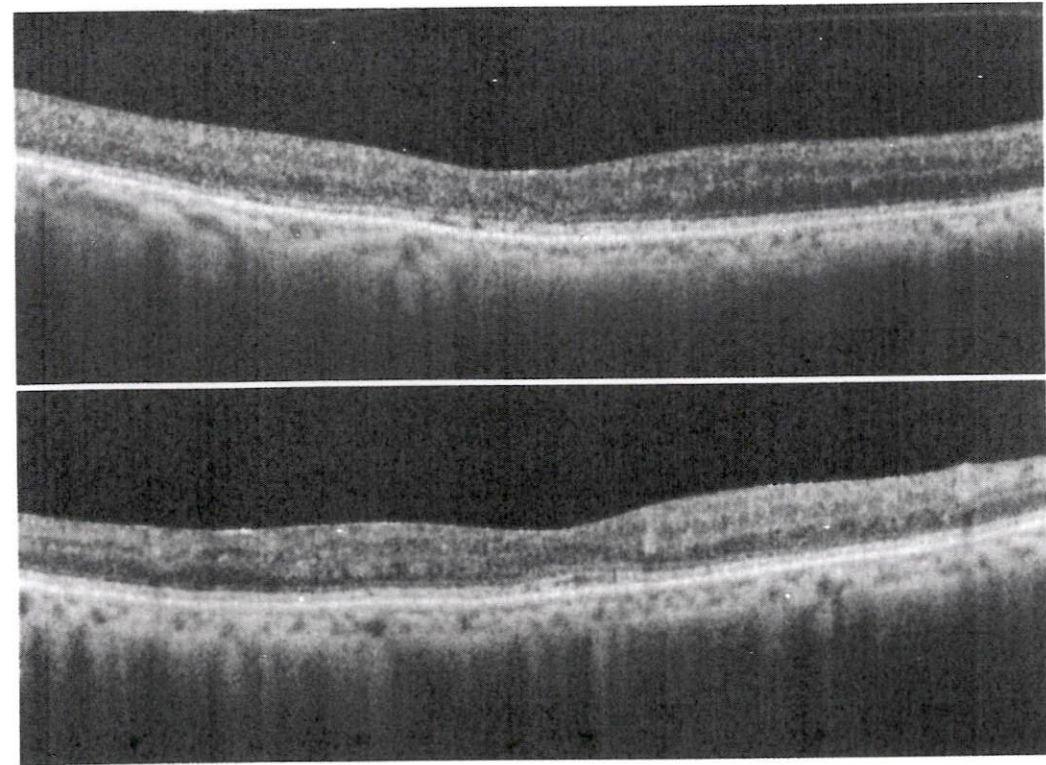
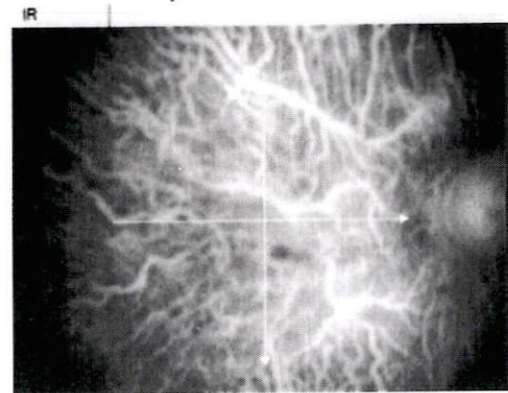
Patient: JAMALI, SAID
 Physician:
 Operator:
 Disease:

CLINIQUE AL MADINA

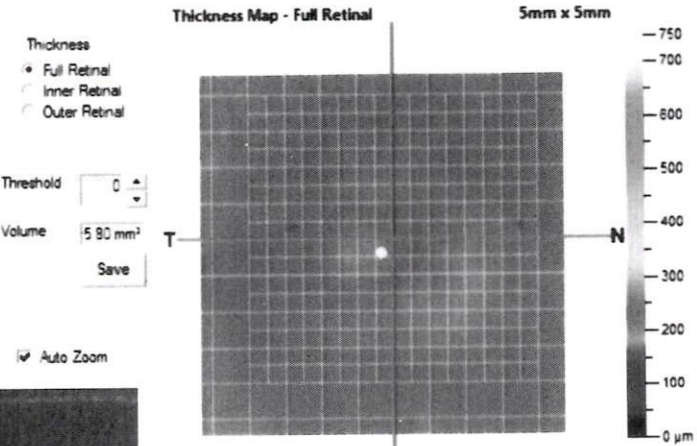
Gender: Male
 ID:

Exam Date: 10/03/2020
 DOB(age): 01/05/1952 (67)
 Ethnicity: Caucasian
 Algorithm Ver: A2018,1,0,33

Retina Map



Signal Strength Index 59



Thickness
 • Full Retinal
 • Inner Retinal
 • Outer Retinal

Threshold 0
 Volume 5.90 mm³
 Save

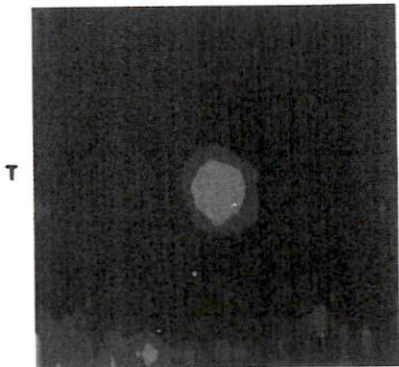
Auto Zoom

Thickness 211 µm
 (0.00, 0.00) mm

Show HR Frames Show Lines

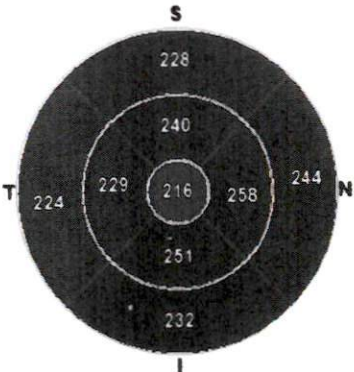
Map Option
 • NDB Reference
 • RPE Elevation

NDB Reference Map 5mm x 5mm



| Section | Thick (µm) | Vol(mm²) |
|---------------|------------|----------|
| Fovea | | 0.170 |
| ParaFovea | | 1.536 |
| S. Hemisphere | | 0.751 |
| I. Hemisphere | | 0.785 |
| Tempo | | 0.360 |
| Superior | | 0.378 |
| Nasal | | 0.405 |
| Inferior | | 0.394 |
| Perifovea | | 2.916 |
| S. Hemisphere | | 1.434 |
| I. Hemisphere | | 1.482 |
| Tempo | | 0.703 |
| Superior | | 0.716 |
| Nasal | | 0.768 |
| Inferior | | 0.729 |

| | |
|---------|-----------------------------------------------------------------------------|
| p > 99% | Map Diameters Fovea: 1.00 mm Parafovea: 3.00 mm Perifovea: 5.00 mm |
| p > 95% | |



Physician: AMALI, SAID
Operator:
Disease:

CLINIQUE AL MADINA

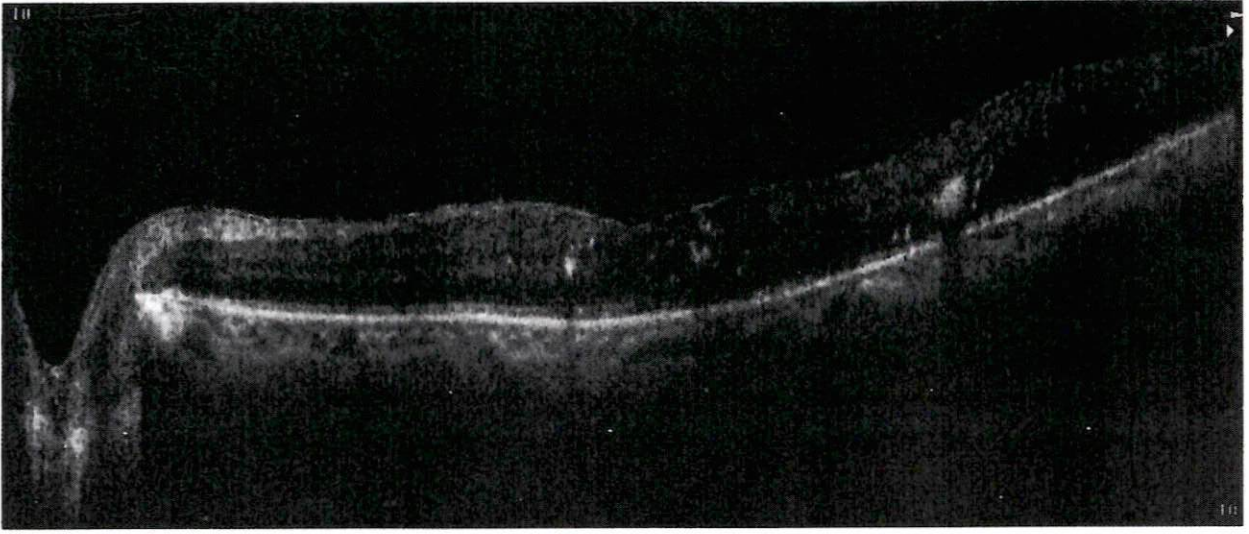
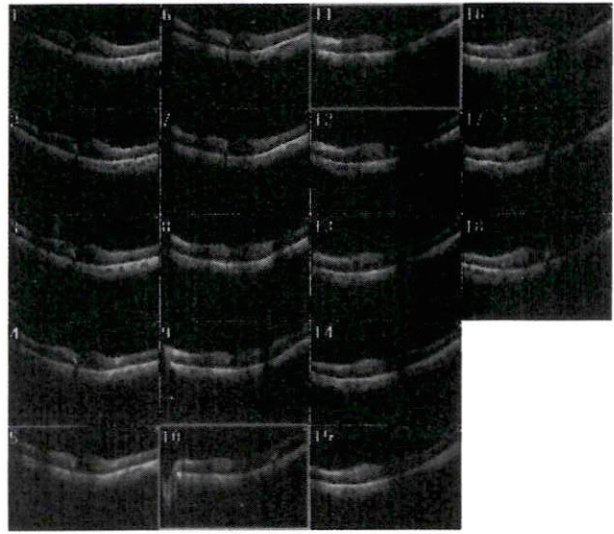
Gender: Male
ID:

Exam Date: 10/03/2020
DOB(age): 01/05/1952 (67)
Ethnicity: Caucasian
Algorithm Ver: A2018,1,0,33

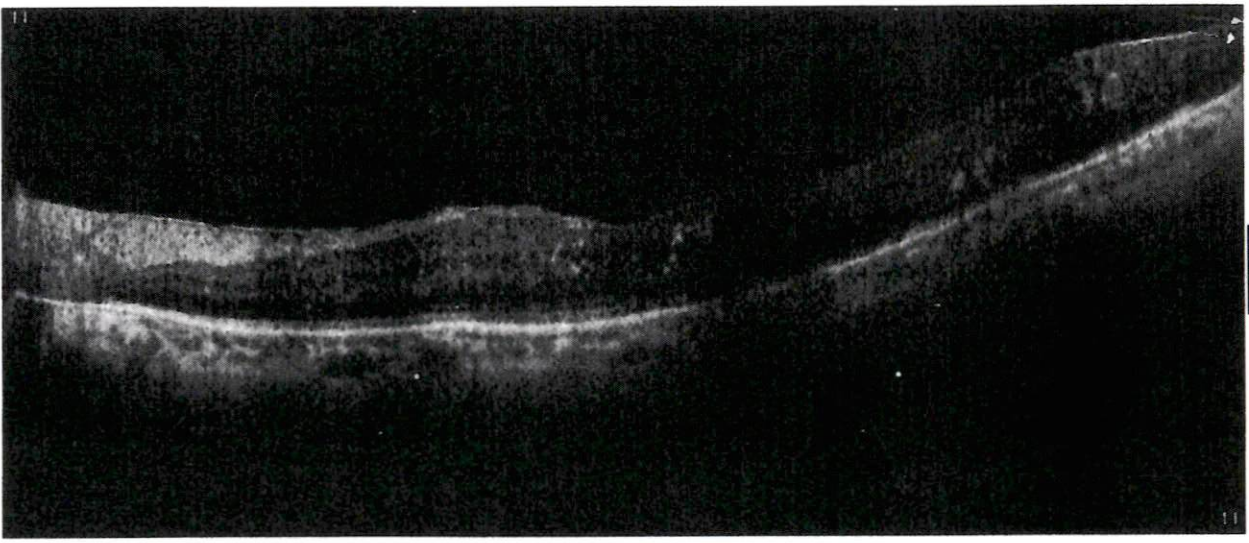
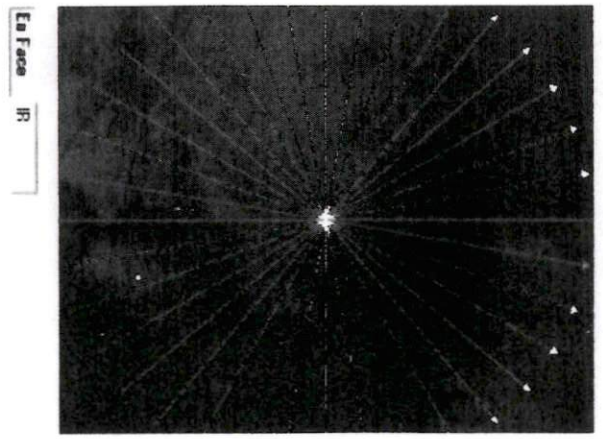
Radial Lines

Signal Strength Index 26

Left / OS



1 x 1 1 x 2 2 x 2 Auto Zoom 10.00 Scan Size (mm)



Patient: JAMALI, SAID
 Physician:
 Operator:
 Disease:

CLINIQUE AL MADINA

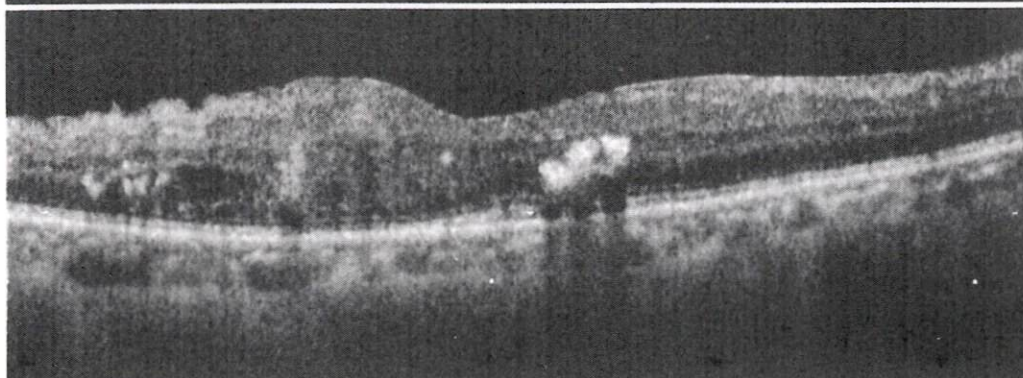
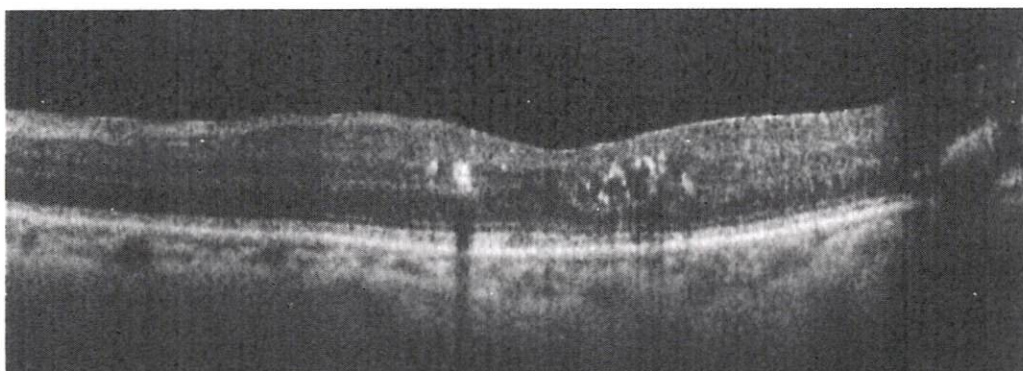
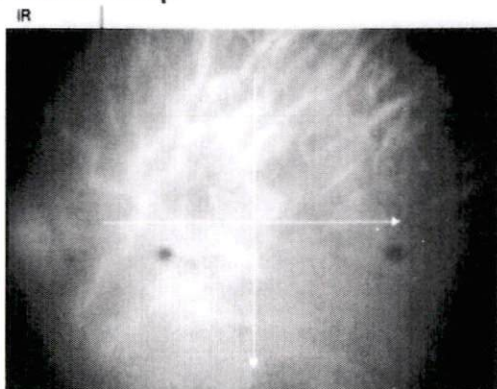
Gender: Male
 ID:

Exam Date: 10/03/2020
 DOB(age): 01/05/1952 (67)
 Ethnicity: Caucasian
 Algorithm Ver: A2018,1,0,33

Retina Map

Signal Strength Index 29

Left / OS



Thickness
☒ Full Retinal
☐ Inner Retinal
☐ Outer Retinal

Threshold 0

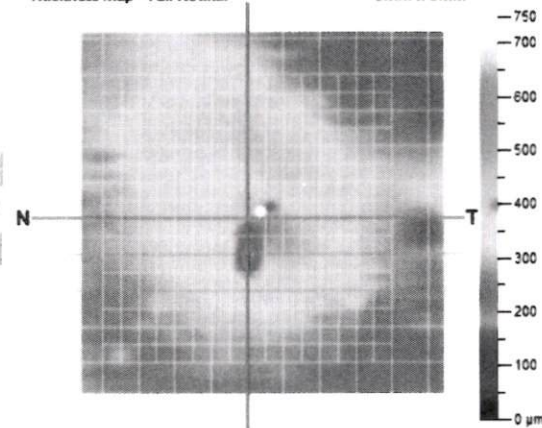
Volume 7.62 mm³

Save

☒ Auto Zoom

Thickness Map - Full Retinal

5mm x 5mm



Thickness 298 μm
 (0.00, 0.00) mm

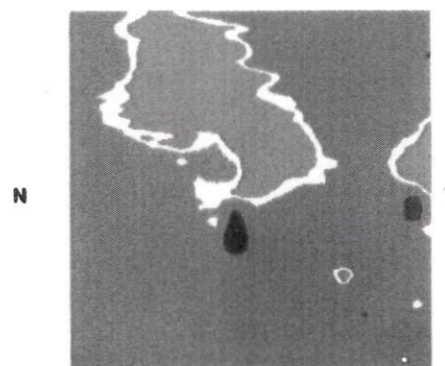
☒ Show HR Frames ☒ Show Lines

Map Option

☒ NDB Reference ☐ RPE Elevation

NDB Reference Map

5mm x 5mm

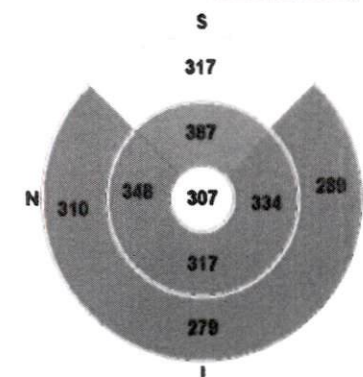


| Section | Thick (μm) | Vol(mm ³) |
|---------------|------------|-----------------------|
| Fovea | 307 | 0.241 |
| ParaFovea | 346 | 2.177 |
| S. Hemisphere | 359 | 1.159 |
| I. Hemisphere | 324 | 1.017 |
| Tempo | 334 | 0.524 |
| Superior | 387 | 0.609 |
| Nasal | 348 | 0.546 |
| Inferior | 317 | 0.498 |
| Perifovea | 289 | 3.753 |
| S. Hemisphere | 314 | 1.972 |
| I. Hemisphere | 283 | 1.781 |
| Tempo | 289 | 0.908 |
| Superior | 317 | 0.995 |
| Nasal | 319 | 0.973 |
| Inferior | 279 | 0.877 |

Vol within 0.241(1mm) 2.418(3mm) 6.171(5mm)

☒ p > 99%
☒ p > 95%
☒ p > 5%

Map Diameters
 Fovea: 1.00 mm
 Parafovea: 3.00 mm
 Perifovea: 5.00 mm



Report Date: mardi 10/03/2020 12:12:23

Software Version: 2018,1,0,33

Comment:

Signature:

Defining the OCT Revolution



ALI, SAID
Operator:
Disease:

CLINIQUE AL MADINA

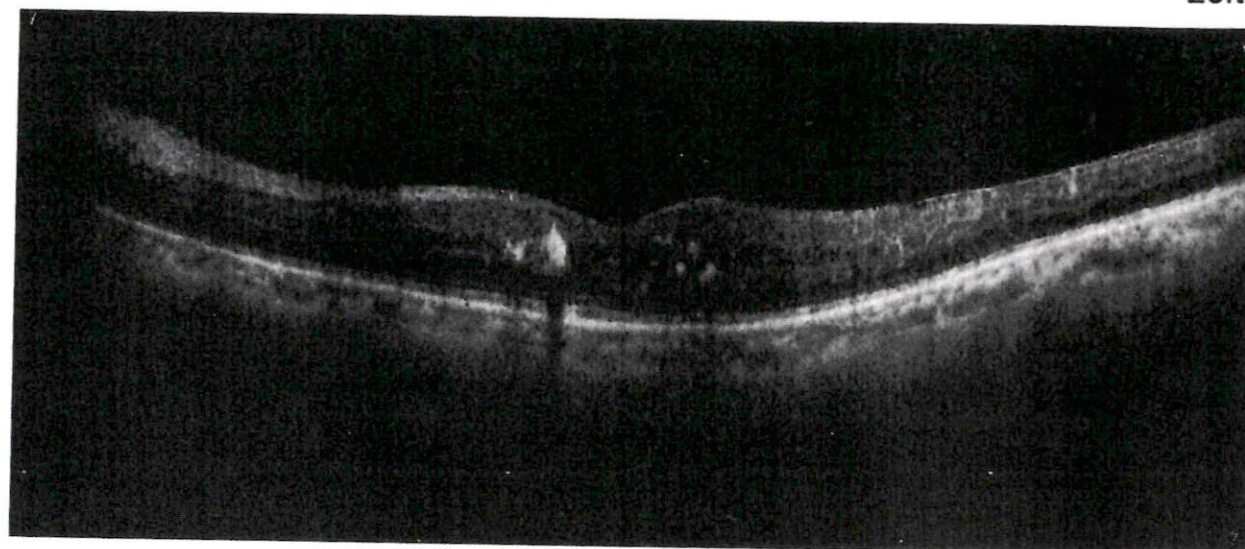
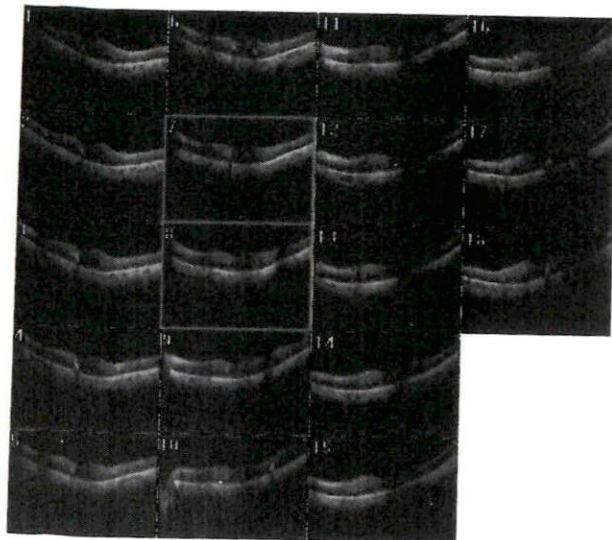
Gender: Male
ID:

Exam Date: 10/03/2020
DOB(age): 01/05/1952 (67)
Ethnicity: Caucasian
Algorithm Ver: A2018,1,0,33

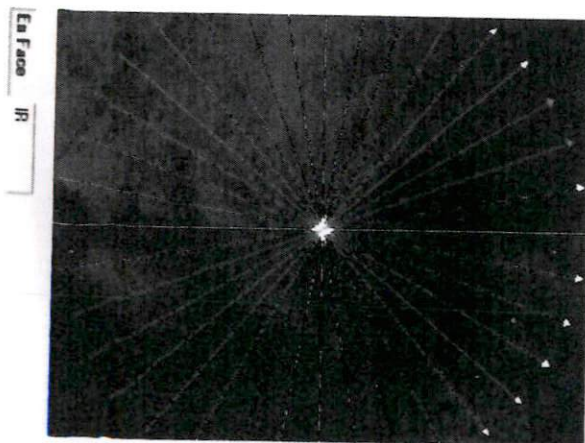
Radial Lines

Signal Strength Index 26

Left / OS



1x1 1x2 2x2 Auto Zoom 10.00 Scan Size (mm)



Operator: MALI, SAID
Disease:

CLINIQUE AL MADINA

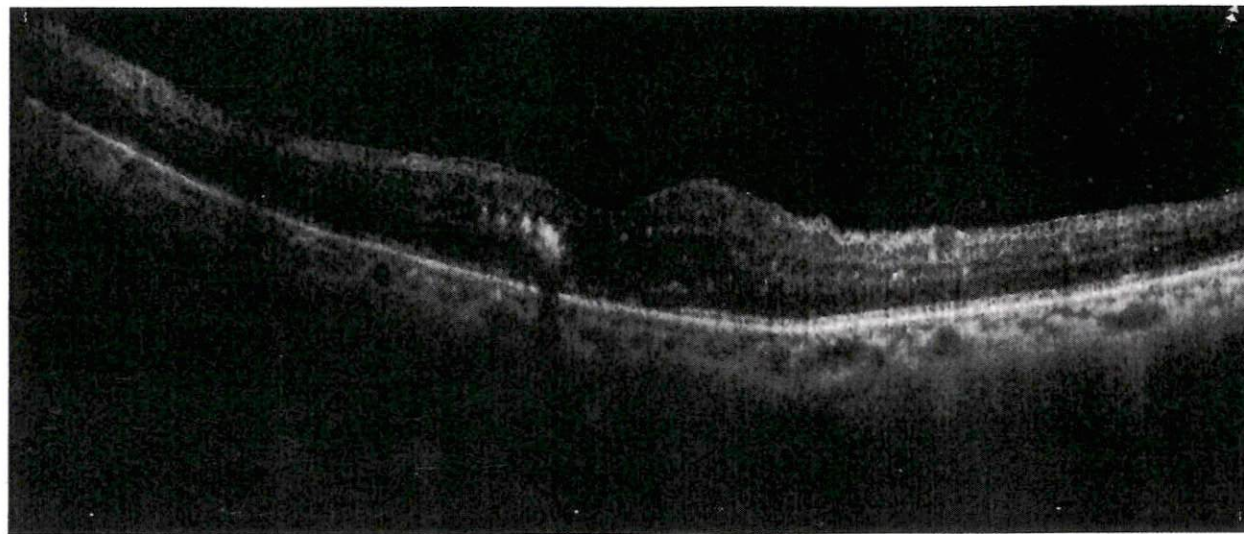
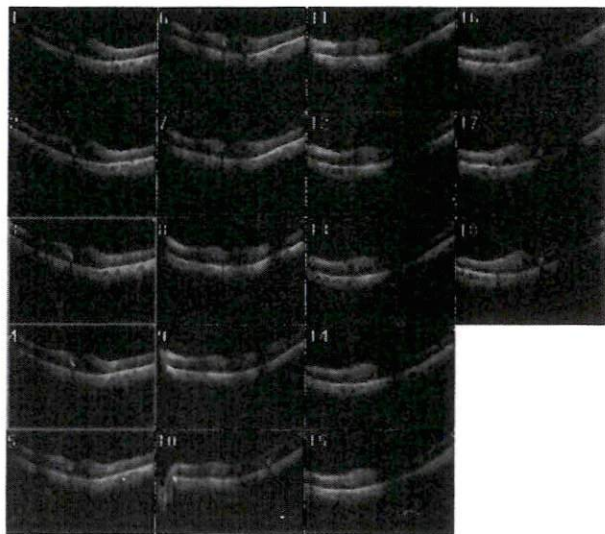
Gender: Male
ID:

Exam Date: 10/03/2020
DOB(age): 01/05/1952 (67)
Ethnicity: Caucasian
Algorithm Ver: A2018,1,0,33

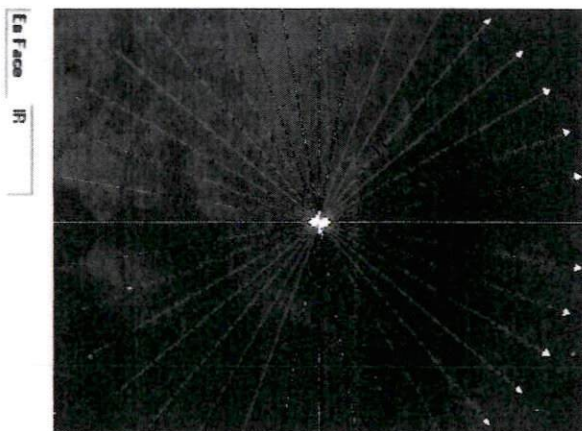
Radial Lines

Signal Strength Index 26

Left / OS



1x1 1x2 2x2 Auto Zoom 10.00 Scan Size (mm)



Report Date: mardi 10/03/2020 12:13:43

Software Version: 2018,1,0,33

Comment:

Signature:

Defining the OCT Revolution

