

# 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 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

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

N° P19- 046201

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2835 Société : R.A.M. RECEPTEUR

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL JIRARI Abdelham

Date de naissance : 01.01.1952

Adresse : 246, Lotissement EL WAFIA Ann. Deira

Tél : 06.67.51.34.60 Total des frais engagés : 1107,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin Soumaya CHAHIM HASSANI

Cachet du médecin :

OPHTALMOLOGISTE  
Rue Okba Ibnou Nafii Berrechid  
Tél. 0522 32 48 47

Date de consultation : 07 DEC 2020

Nom et prénom du malade : EL Jirani Abdelham Age :

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

Nature de la maladie : Affection longue durée

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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]





### 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                                        |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 0-7 DEC 2020    | Σ 2               |                       | 9                               | Dr. Soumaya CHEBNI HASSANI<br>OPHTALMOLOGISTE<br>Rue Okba Ibnou Nafii Berrechid<br>Tél. 0522 32 48 47 |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur      | Date     | Montant de la Facture |
|---------------------------------------------|----------|-----------------------|
| DR. EL MARWANI OUBRA<br>Tél: 05 22 53 20 59 | 11-12-20 | 107,60                |

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue                                                   | Date     | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|------------------------------|------------------------|
| Dr. Soumaya CHEBNI HASSANI<br>OPHTALMOLOGISTE<br>Rue Okba Ibnou Nafii Berrechid<br>Tél. 0522 32 48 47 | 07/12/20 | 0-25<br>Dap Hélium           | 1009,00                |

### 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 canaux, ainsi que le bilan

| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |                     |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |
|                           | <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table> |                  | H                   | H                       | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|                           | H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | H                |                     |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |
|                           | 25533412                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 21433552         |                     |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |
|                           | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 00000000         |                     |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |
|                           | D                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | G                |                     |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |
|                           | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 00000000         |                     |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |
|                           | 35533411                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 11433553         |                     |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |
|                           | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                  |                     |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |
|                           | [Création, remont, adjonction]<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession                                                                                                                                                                                                                                  |                  |                     | MONTANTS DES SOINS      |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                  |                     | DATE DU DEVIS           |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                  | DATE DE L'EXECUTION |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                  |                     |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                  |                     |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                  |                     |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                  |                     |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                  |                     |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |                         |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Soumayà Çhebihi Hassani

OPHTALMOLOGISTE

Maladies et Chirurgie des Yeux  
Microchirurgie de la Cataracte  
Angiographie - Laser - OCT

Résidence Dahhan - Rue Okba Ibn Nafii  
1<sup>er</sup> étage - Berrechid  
Tél. : 05 22 32 48 47



الدكتورة اشبيهي حسني سمية

إختصاصية في أمراض وجراحة العيون

جراحة الساد (الجلالة)  
التخطيط الوعائي للشبكية - الليزر

إقامة دحان - زنقة عقبة بن نافع  
الطابق الأول - برشيد  
الهاتف : 05 22 32 48 47

Berrechid, le 07/12/2020

Compte rendu tomographie par cohérence optique

M<sup>r</sup> El Jirari Abdeloum 70ans

RC : Glaucome  
DNI-D

OCT papillaire

Pschymétrie : OD, 527  $\mu m$   
OG, 528  $\mu m$

Épaisseur fibres nerveuses péri-papillaires :

OD  $\left\{ \begin{array}{l} \text{moyenne : } 102 \mu m \\ \text{supérieure } 105 \mu m \\ \text{inférieure } 98 \mu m \end{array} \right.$

OG  $\left\{ \begin{array}{l} \text{moyenne : } 97 \mu m \\ \text{supérieure } 98 \mu m \\ \text{inférieure } 96 \mu m \end{array} \right.$

Dr. Soumayà ÇHEBIHI HASSANI  
OPHTALMOLOGISTE  
Rue Okba Ibnou Nafii Berrechid  
Tél. 0522 32 48 47

GCC. DD RAS FLV. 0,23  
OG. RAS FLV. 0,65

DC T Maculone

DDG. Interface vitreo-rétinienne RAS  
Entonnoir foréolone conservée  
Louches rétiniennes internes RAS.  
Complexe EL / NR / CCC. RAS

Dr. Soumaya CHEBIH HASSANI  
OPHTALMOLOGISTE  
Rue Okba Ibnou Nafil - Berrechid  
Tél.: 0522 32 48 47



Dr. Soumaya Chebihi Hassani

OPHTALMOLOGISTE

Maladies et Chirurgie des Yeux

Microchirurgie de la Cataracte

Angiographie - Laser - OCT

Résidence Dahhan - Rue Okba Ibn Nafii

1<sup>er</sup> étage - Berrechid

Tél. : 05 22 32 48 47



الدكتورة اشبيهي حسني سمية

إختصاصية في أمراض وجراحة العيون

جراحة الساد (الجلالة)

التخطيط الوعائي للشبكية - الليزر

إقامة دحان - زنقة عقبة بن نافع

الطابق الأول - برشيد

الهاتف : 05 22 32 48 47

Berrechid, le 07/12/20

El jirani Address lam

avie thomire

Dr

1000/07

O. L. T.

Papillaire

Dr. Soumaya CHEBIHI HASSANI  
OPHTALMOLOGISTE  
Rue Okba Ibnou Nafii Berrechid  
Tél 0522 32 48 47

Dr. Soumaya Chebihi Hassani

OPHTALMOLOGISTE

Maladies et Chirurgie des Yeux  
Microchirurgie de la Cataracte  
Angiographie - Laser - OCT

Résidence Dahhan - Rue Okba Ibn Nafii  
1<sup>er</sup> étage - Berrechid  
Tél. : 05 22 32 48 47



الدكتورة اشبيهي حسني سمية

إختصاصية في أمراض وجراحة العيون

جراحة الساد (الجلالة)  
التخطيط الوعائي للشبكية - الليزر

إقامة دحان - زنقة عقبة بن نافع  
الطابق الأول - برشيد  
الهاتف : 05 22 32 48 47

Berrechid, le .....

11/12/2020

Mr. EL JIRARI Abdesslam

107, 60  
XALACOM: COLLYRE

1 goutte le soir , les deux yeux en permanence



107, 60

PHARMACIE EL OUM EL  
Lot. Wafae Deroua Berrechid  
Dr. EL MARWANI OUM EL  
Tél : 05 22 32 48 47

Latanoprost/Timolol

XALACOM COLLYRE 2,5 ML

P.P.V : 107DH60

Dr. Soumaya CHEBIHI HASSANI  
OPHTALMOLOGISTE  
Rue Okba Ibnou Nafii Berrechid  
Tél. 05 22 32 48 47





Patient: el jirani, abdeslam  
Physician: dr chebihi hassani, soumaya  
Operator:  
Disease:

Cabinet Docteur CHEBIHI HASSANI SOUMAYA  
5 Rue Okba Ibnou Nafii, Residence Dahan Berrechid 0522324847  
Gender: Male  
ID:

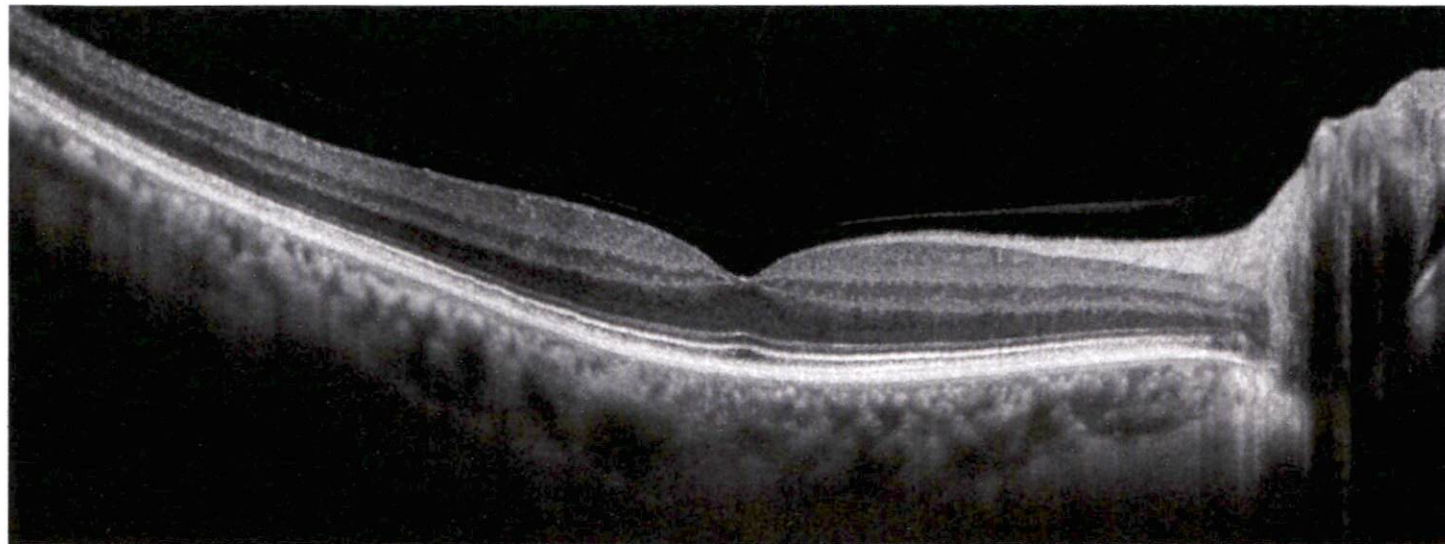
Exam Date: 07/12/2020  
DOB(age): 01/01/1950 (70)  
Ethnicity: Caucasian  
Algorithm Ver: A2018,1,0,43

## Cross Line

Signal Strength Index 66

Right / OD

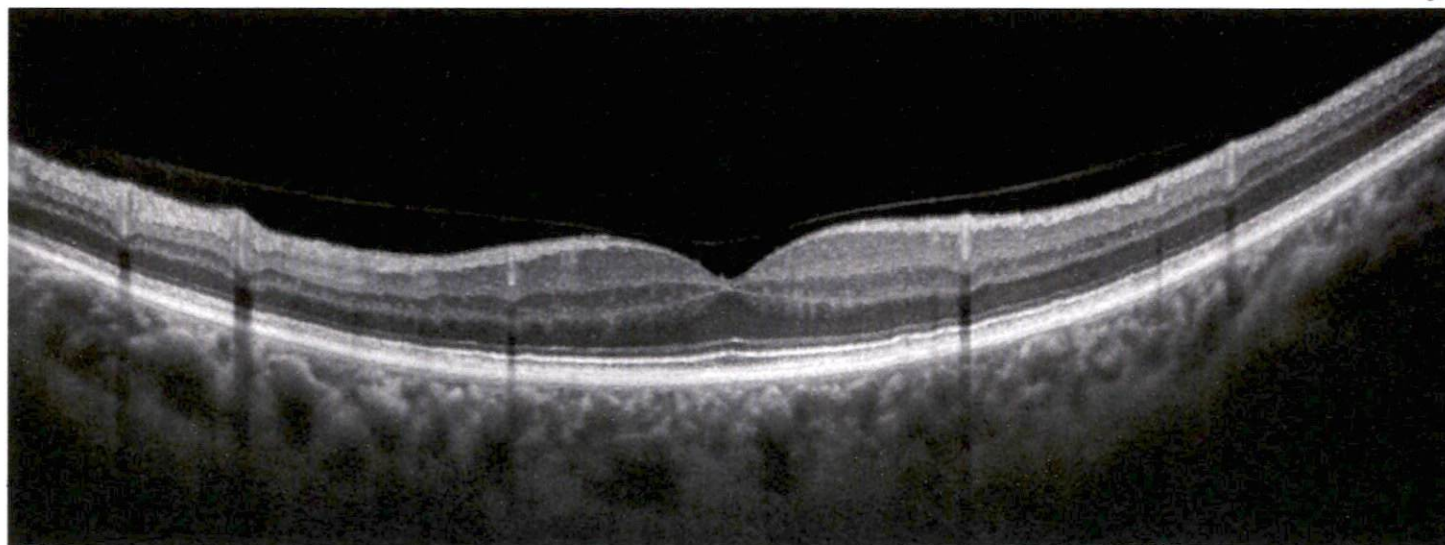
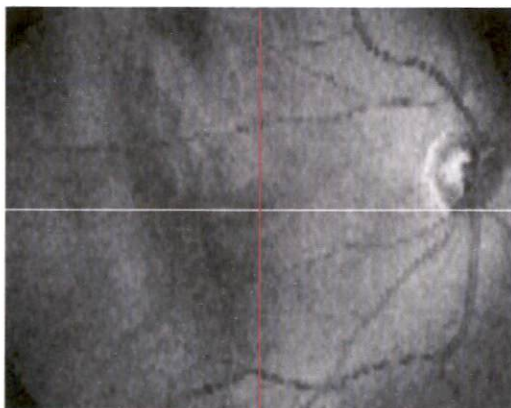
En Face IR



# of Averages: 60, 58

☒ Auto Zoom

10.00mm Scan Length



Report Date: Monday 07/12/2020 12:30:59

Software Version: 2018,1,0,43

Comment:

Signature:

Defining the OCT Revolution





Patient: el jirani, abdeslam  
Physician: dr chebihi hassani, soumaya  
Operator:  
Disease:

Cabinet Docteur CHEBIHI HASSANI SOUMAYA  
5 Rue Okba Ibnou Nafii, Residence Dahan Berrechid 0522324847  
Gender: Male  
ID:

Exam Date: 07/12/2020  
DOB(age): 01/01/1950 (70)  
Ethnicity: Caucasian  
Algorithm Ver: A2018,1,0,43

GCC

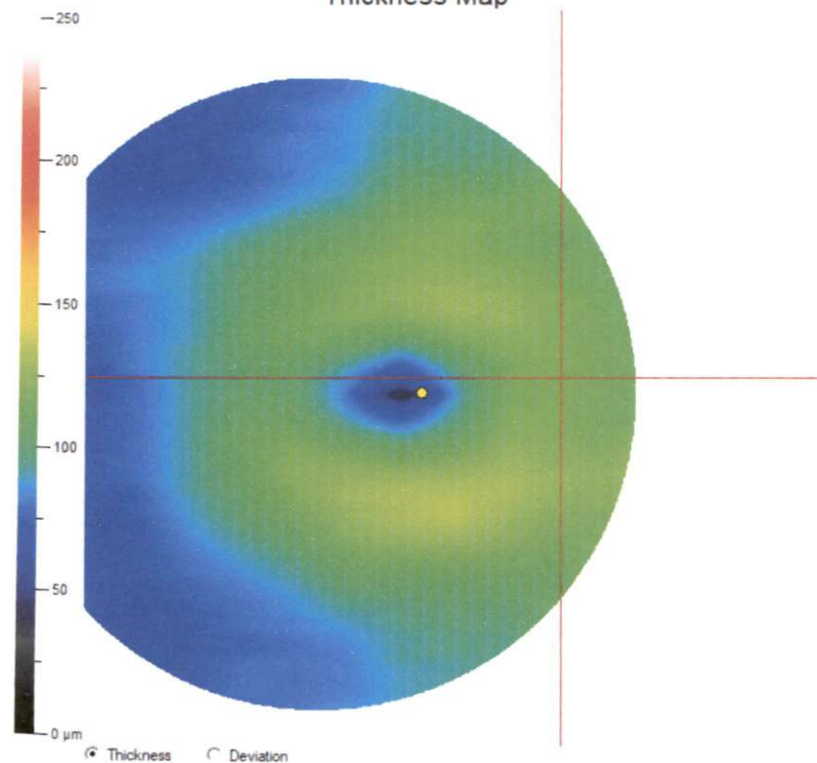
Thickness Map

Signal Strength Index 63

NDB Reference Map

Right / OD

6mm x 6mm



| GCC Analysis                      |      |
|-----------------------------------|------|
| Average GCC ( $\mu\text{m}$ )     | 96   |
| Superior GCC ( $\mu\text{m}$ )    | 96   |
| Inferior GCC ( $\mu\text{m}$ )    | 97   |
| Intra Eye (S-I) ( $\mu\text{m}$ ) | -1   |
| FLV (%)                           | 0.23 |
| GLV (%)                           | 1.58 |



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



☒ Auto Zoom  
☒ Show Lines  
☐ Show Boundary Curves  
☐ Not in Trend Analysis



Report Date: Monday 07/12/2020 12:31:43

Software Version: 2018,1,0,43

Comment:

Signature:

Defining the OCT Revolution



Patient: el jirani, abdeslam  
 Physician: dr chebihi hassani, soumaya  
 Operator:  
 Disease:

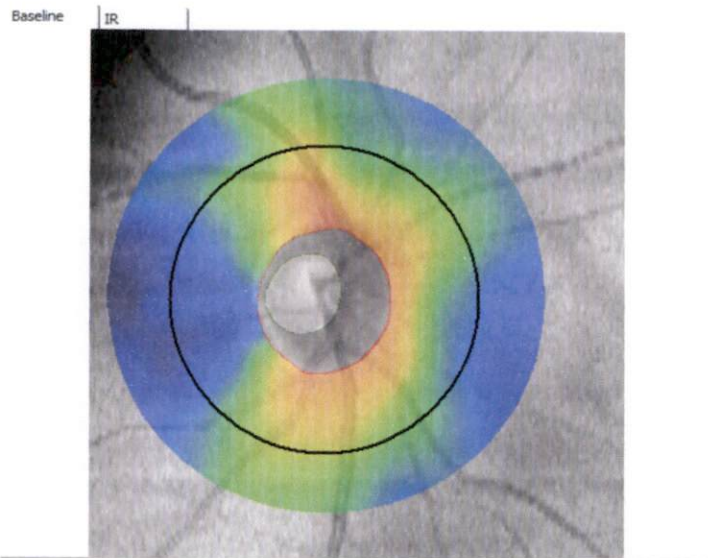
Cabinet Docteur CHEBIHI HASSANI SOUMAYA  
 5 Rue Okba Ibnou Nafii, Residence Dahan Berrechid 0522324847  
 Gender: Male  
 ID:

Exam Date: 07/12/2020  
 DOB(age): 01/01/1950 (70)  
 Ethnicity: Caucasian  
 Algorithm Ver: A2018,1,0,43

ONH

Signal Strength Index 55

Right / OD

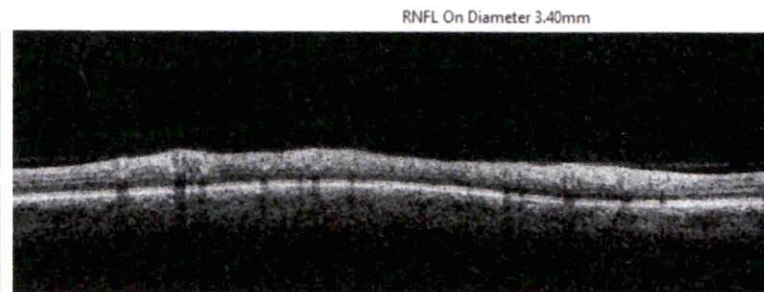


Radial Line Diameter 3.40mm

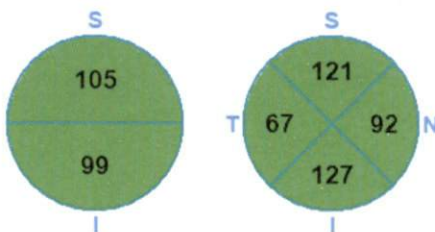
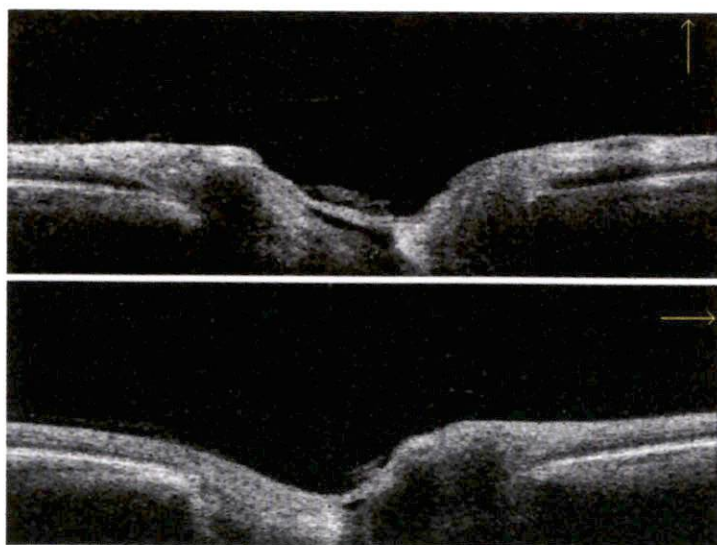
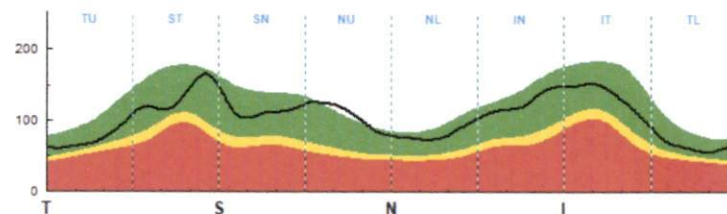
3D Guided

| RNFL Analysis        |  | µm  |
|----------------------|--|-----|
| Average RNFL (µm)    |  | 102 |
| Superior RNFL (µm)   |  | 105 |
| Inferior RNFL (µm)   |  | 99  |
| Intra Eye (S-I) (µm) |  | 6   |

| ONH Analysis                  |  |       |
|-------------------------------|--|-------|
| Cup/Disc Area Ratio           |  | 0.32  |
| Cup/Disc V. Ratio             |  | 0.56  |
| Cup/Disc H. Ratio             |  | 0.57  |
| Rim Area (mm <sup>2</sup> )   |  | 1.27  |
| Disc Area (mm <sup>2</sup> )  |  | 1.88  |
| Cup Volume (mm <sup>3</sup> ) |  | 0.110 |

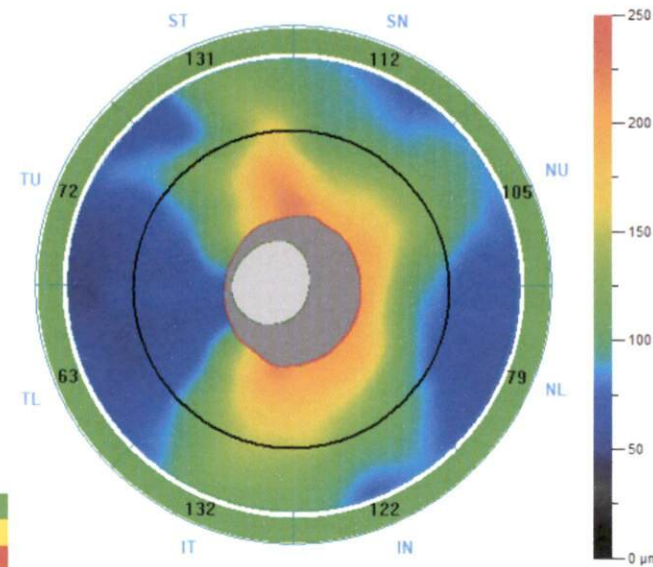


RNFL Thickness at Ø3.45mm



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

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



Report Date: Monday 07/12/2020 12:31:55

Software Version: 2018,1,0,43

Comment:

Signature:

Defining the OCT Revolution





Patient: el jirari, abdeslam  
 Physician: dr chebihi hassani, soumaya  
 Operator:  
 Disease:

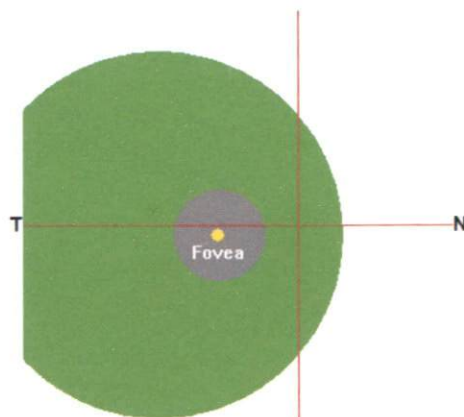
Cabinet Docteur CHEBIHI HASSANI SOUMAYA  
 5 Rue Okba Ibnou Nafii, Residence Dahan Berrechid 0522324847  
 Gender: Male  
 ID:

Exam Date: 07/12/2020  
 DOB(age): 01/01/1950 (70)  
 Ethnicity: Caucasian  
 Algorithm Ver: A2018,1,0,43

## ONH/GCC OU Report

Right / OD

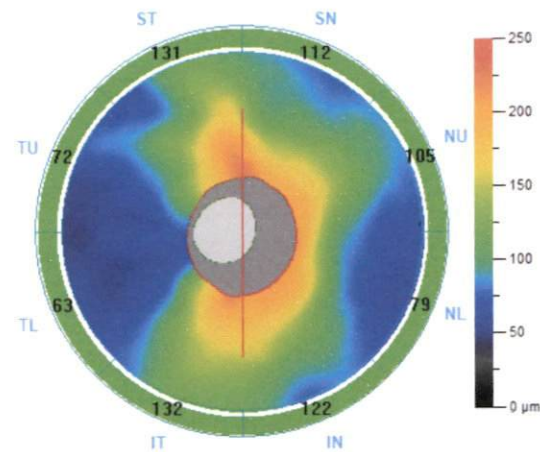
GCC NDB Reference



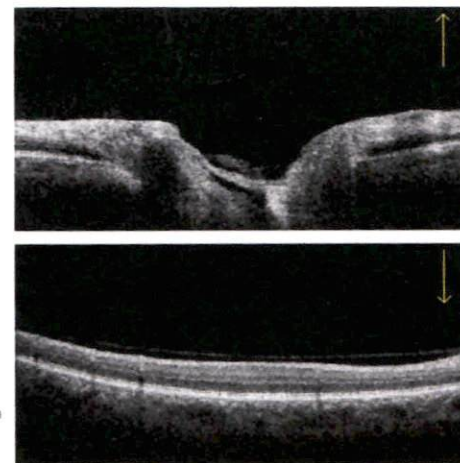
SSI: 63

Exam Date: 07/12/2020

Optic Nerve Head Map



SSI: 55



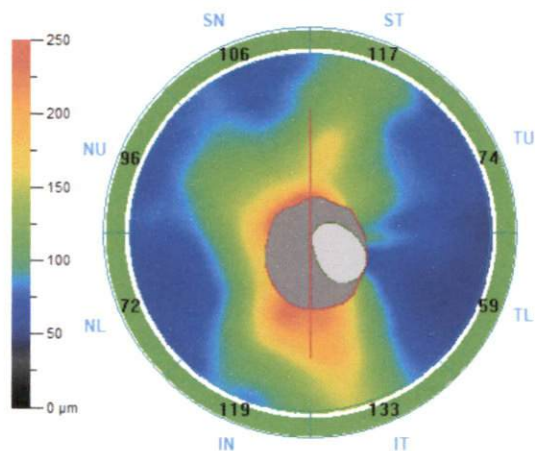
p>5% Within Normal  
 p<5% Borderline  
 p<1% Outside Normal

Summary Parameters

| RNFL Analysis                 | OD    | OS    | Inter Eye (OD-OS) |
|-------------------------------|-------|-------|-------------------|
| Average RNFL (μm)             | 102   | 97    | 5                 |
| Superior RNFL (μm)            | 105   | 98    | 7                 |
| Inferior RNFL (μm)            | 99    | 96    | 3                 |
| Intra Eye (S-I) (μm)          | 6     | 2     | N/A               |
| ONH Analysis                  | OD    | OS    | Inter Eye (OD-OS) |
| Cup/Disc Area Ratio           | 0.32  | 0.27  | 0.05              |
| Cup/Disc V. Ratio             | 0.56  | 0.52  | 0.04              |
| Cup/Disc H. Ratio             | 0.57  | 0.53  | 0.04              |
| Rim Area (mm <sup>2</sup> )   | 1.27  | 1.21  | 0.06              |
| Disc Area (mm <sup>2</sup> )  | 1.88  | 1.67  | 0.21              |
| Cup Volume (mm <sup>3</sup> ) | 0.110 | 0.038 | 0.072             |
| GCC Analysis                  | OD    | OS    | Inter Eye (OD-OS) |
| Average GCC (μm)              | 96    | 94    | 2                 |
| Superior GCC (μm)             | 96    | 93    | 3                 |
| Inferior GCC (μm)             | 97    | 95    | 2                 |
| Intra Eye (S-I) (μm)          | -1    | -2    | N/A               |
| FLV (%)                       | 0.23  | 0.65  | -0.42             |
| GLV (%)                       | 1.58  | 3.02  | -1.44             |

Left / OS

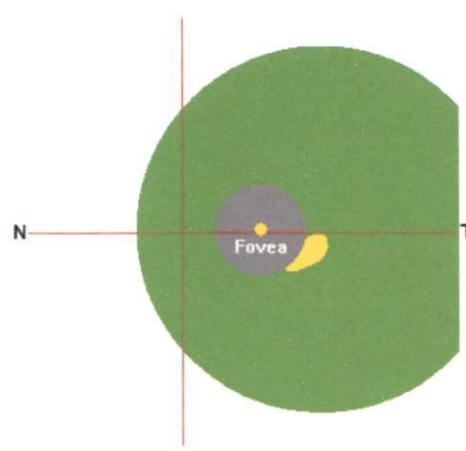
Optic Nerve Head Map



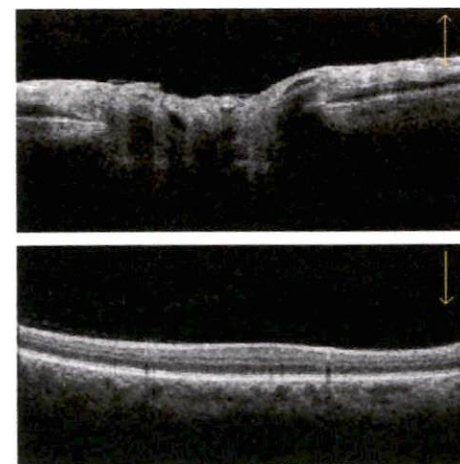
SSI: 70

Exam Date: 07/12/2020

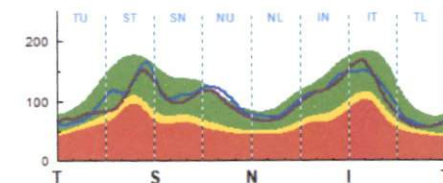
GCC NDB Reference



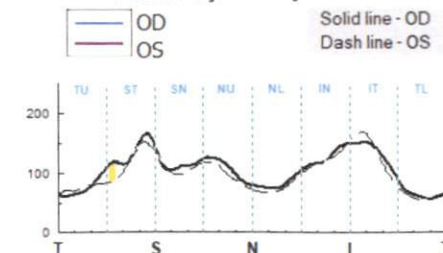
SSI: 68



TSNIT NDB Reference



TSNIT Symmetry Plot



Report Date: Friday 11/12/2020 11:14:04

Software Version: 2018,1,0,43

Comment:

Signature:

Defining the OCT Revolution

