

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 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

- Reclamation : 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° M21- 064880

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00626 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Retraité
 Nom & Prénom : TADILI HILALI REDOUANE
 Date de naissance : 02-08-1944
 Adresse : 17, Rue AL BATTANI - AGDAL - 10090
 Email : redouane.tadili95@gmail.com
 Tél. : 0661330226 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin


Docteur Zakia Mohcine Khilfi
 PROFESSEUR EN OPHTALMOLOGIE
 4, Avenue Bin Al Ouidane, App. 2
 Agdal - Rabat - Tél. : 05 37 77 75 76
 INPE : 101108173
 Cachet du médecin :
 Date de consultation : 12/02/2023
 Nom et prénom du malade : HILALI REDOUANE Age : 78 ans
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie :
 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 : Rabat Le : 12/02/2023
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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 |
| 23/2/2023 | C3 | | Professeur Zakia MOHCINE 4, Avenue Bin Al Ouidane, Agdal-Rabat - Tél.: 0537 77 78 78 INPE : 101108173 | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes Professeur Zakia MOHCINE Avenue Bin Al Ouidane, Appt. 2 Rabat - Tél.: 0537 77 78 78 101108173 |

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---|--|
| 23/1/2023 | C5 | | Professeur Zakia MOHCHINE 4, Avenue Bin Al Ouidane Agdal-Rabat - Tél.: 0537777878 INPE : 101108173 |  Professeur Zakia MOHCHINE PROFESSEUR EN OPHTALMOLOGIE Avenue Bin Al Ouidane, Appt. 2 Rabat - Tél.: 05 37 77 78 78 101108173 |

[illegible]

| | | |
|---|------|-----------------------|
| 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 |
| | 02/12/23 | Ampli | 850,00 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

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

[illegible]

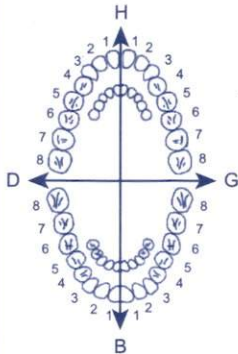
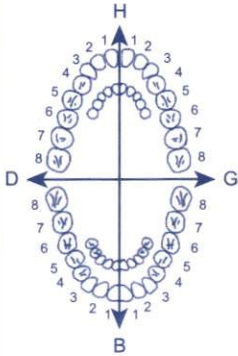
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | |
|---|---|---------------------|-------------|---|
|  | | | | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 40px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 100px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 40px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 100px;"> <div>DEBUT D'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 40px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 100px;"> <div>FIN D'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 40px;"></div> </div> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | |
|  | <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 </div> </div> | | | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 40px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 100px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 40px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 100px;"> <div>DATE DU DEVIS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 40px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 100px;"> <div>DATE DE L'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 40px;"></div> </div> |
| | (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

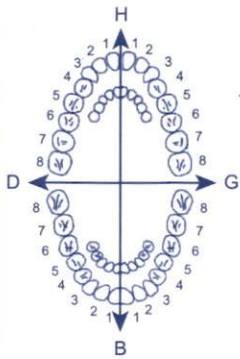
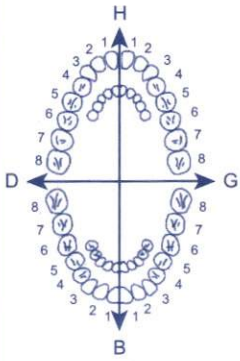
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 canalaire, 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 | | | | | | | | | | | |
|  | <div><div>H</div><table><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr></table><div>DG</div><table><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr></table><div>B</div></div> | | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | |
| | <div><div>[Création, remont, adjonction]</div><div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div></div> | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | |
| | | | | | 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 Zakia MOHCINE KHLIFI

Ex. Professeur à la Faculté de Médecine de Rabat

Ex. Chef de Service - Hôpital Spécialités

Maladie et Chirurgie Oculaire - Laser - Angiographie



الدكتورة زكية محسن خليفي

أستاذة سابقا بكلية الطب بالرباط

رئيسة مصلحة العيون بمستشفى الاختصاصات سابقا

أمراض وجراحة العيون - أشعة الليزر - أونيوجرافية

Rabat, le

le 23/2/23

mr madi' side redouane -

maculopathie bilaterale
(OCT = VMLA) strophique?

angiographie numérisée

Docteur Zakia Mohcine Khlifi
PROFESSEUR EN OPHTALMOLOGIE
4, Avenue Bin Al Ouidane, Appt. 2
Agdal - Rabat - Tél. : 05 37 77 78 76
INPE : 101198173

CLINIQUE NATIONS UNIES
Av. des Nations Unies, Rue Ibn Hanbal
Agdal - Rabat
Tél. : 05 37 67 05 05
Fax : 05 37 67 35 35 - 05 37 67 14 09
INPE : 100002757

4, شارع بين الويدان، الشقة رقم 2 أكдал، الرباط - الهاتف : 05 37 77 78 76

4, Avenue Bin Al Ouidane, Appt 2 - Agdal, RABAT - Tél. : 05 37 77 78 76

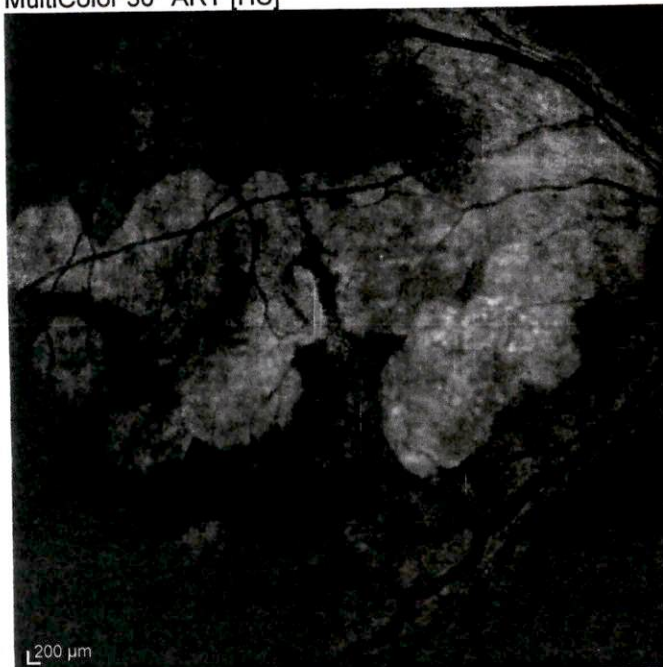
Patient: TADILI, Sidi Redouane
Patient ID: H1310223
Diagnosis: ---

DOB: 07/août/1944
Exam.: 06/mar./2023
Comment: ---

Sex: M

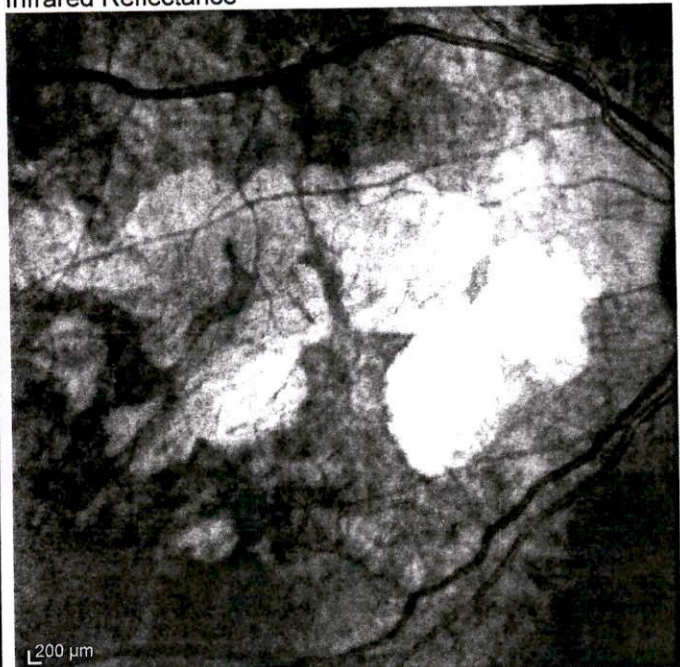
OD

MultiColor 30° ART [HS]

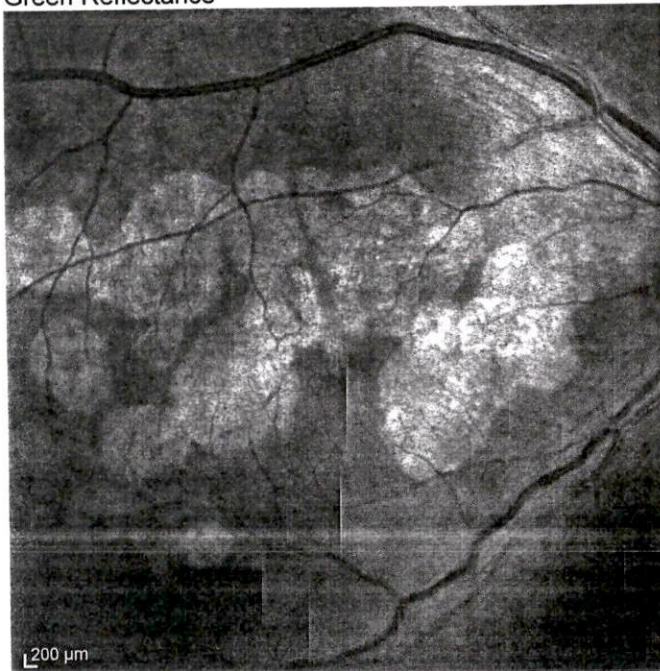


Color Balance: Standard

Infrared Reflectance



Green Reflectance



Blue Reflectance



Notes:

Date: 06/03/2023

Signature:

Patient: TADILI, Sidi Redouane

DOB: 07/août/1944

Sex: M

OS

Patient ID: H1310223

Exam.: 06/mar./2023

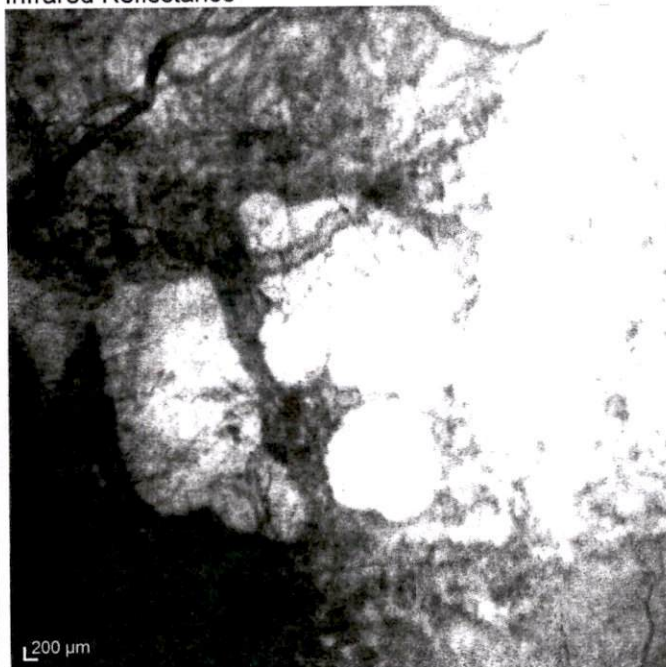
Diagnosis: ---

Comment: ---

MultiColor 30° ART [HS]

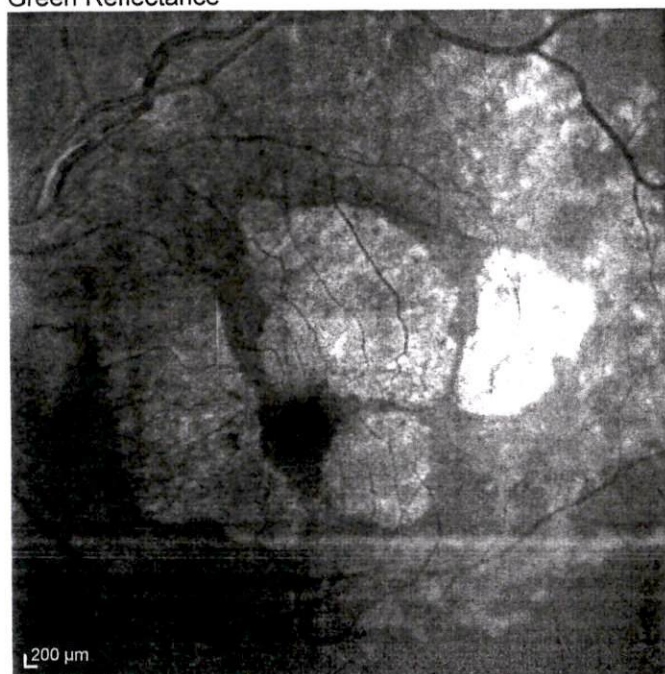


Infrared Reflectance

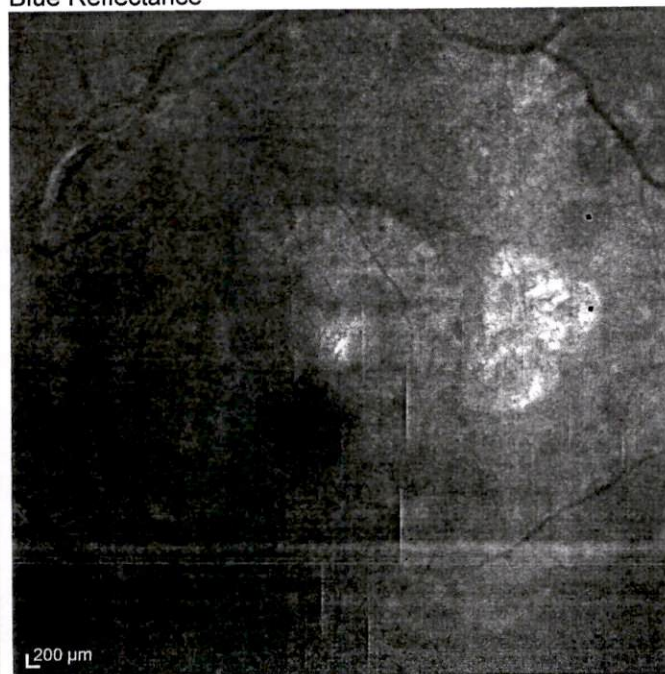


Color Balance: Standard

Green Reflectance



Blue Reflectance



Notes:

Date: 06/03/2023

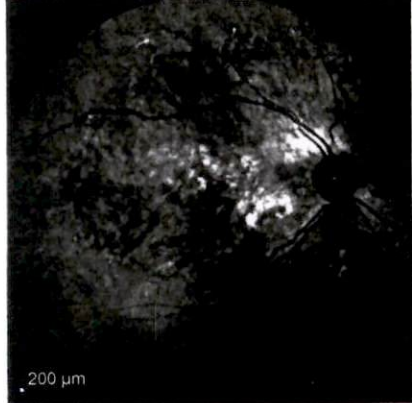
Signature:

Patient: TADILI, Sidi Redouane
Patient ID: H1310223
Diagnosis: ---

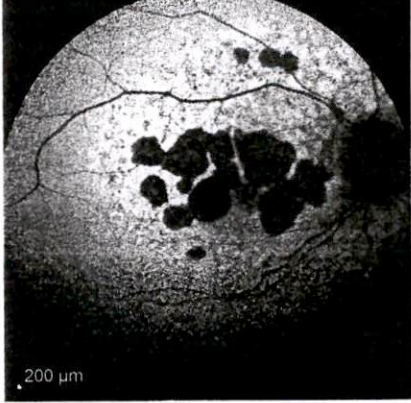
DOB: 07/août/1944
Exam.: 06/mar./2023
Comment: ---

Sex: M
OD

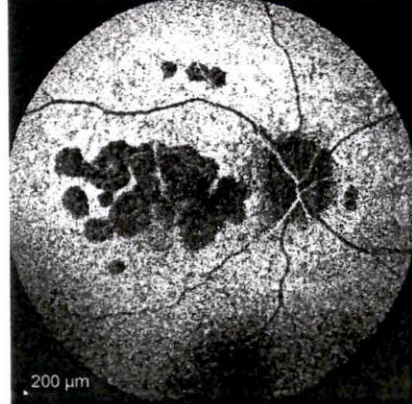
IR (XP) 55° ART [HS]



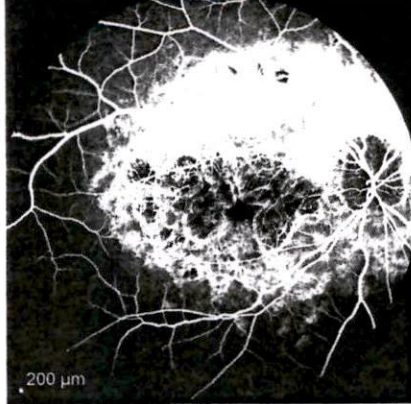
BAF 55° ART [HS]



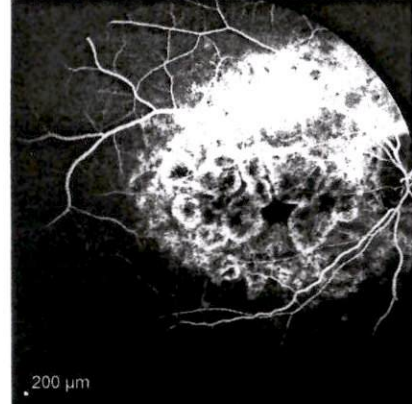
FA 0:29.12 55° [HS]



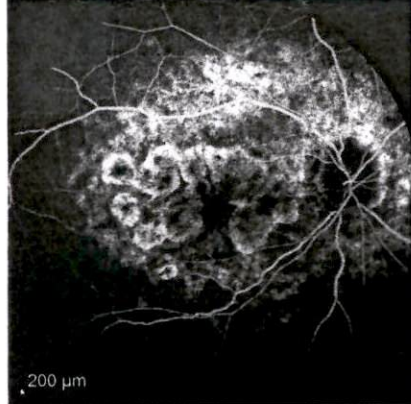
FA 1:14.81 55° ART [HS]



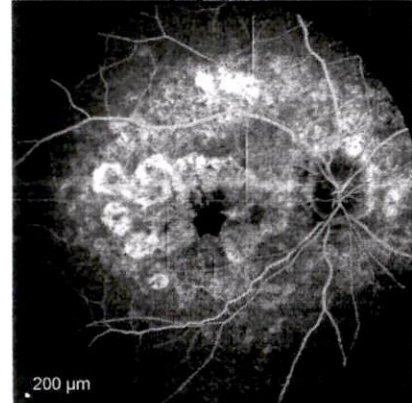
FA 2:38.98 55° ART [HS]



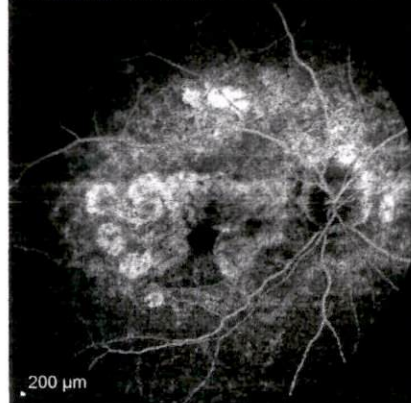
FA 4:33.09 55° ART [HS]



FA 7:03.29 55° ART [HS]



FA 8:54.54 55° ART [HS]



Notes:

Date: 06/03/2023

Signature:

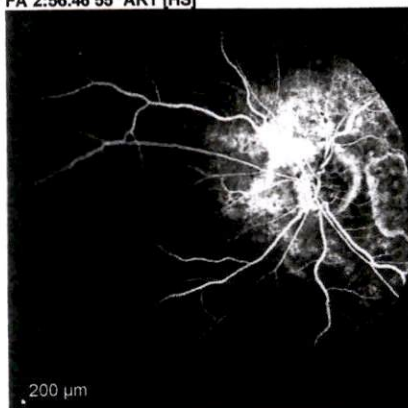
Patient: TADILI, Sidi Redouane
Patient ID: H1310223
Diagnosis: ---

DOB: 07/août/1944
Exam.: 06/mar./2023
Comment: ---

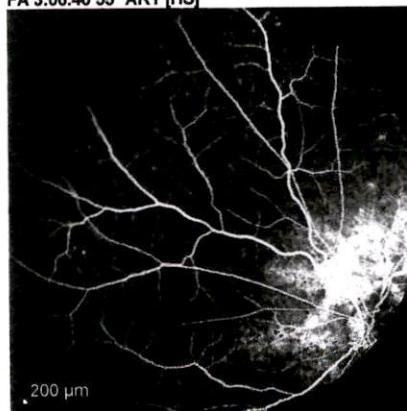
Sex: M

OS

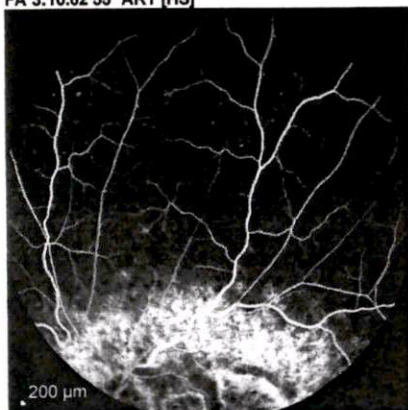
FA 2:56.46 55° ART [HS]



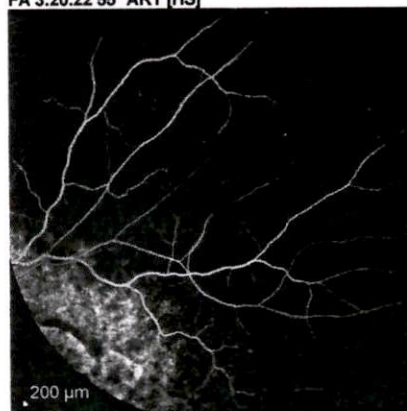
FA 3:06.40 55° ART [HS]



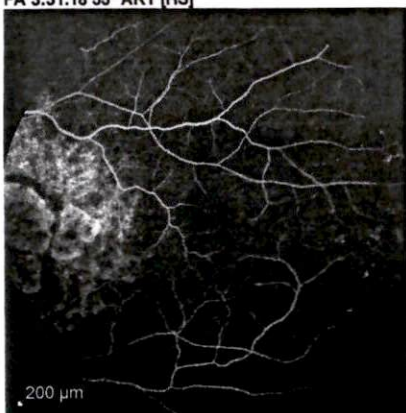
FA 3:10.62 55° ART [HS]



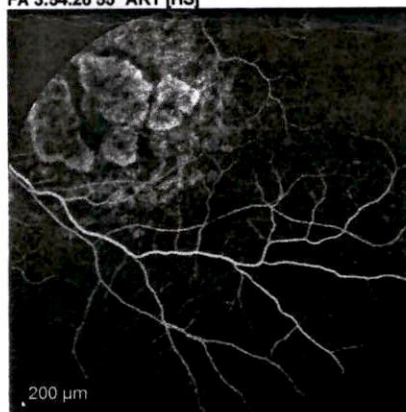
FA 3:20.22 55° ART [HS]



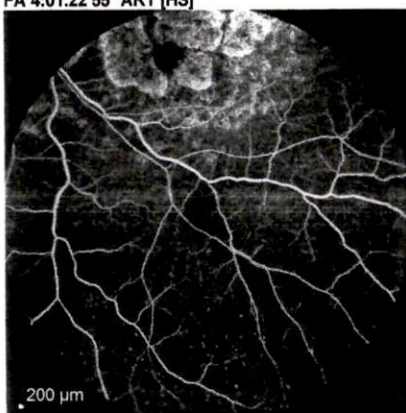
FA 3:31.18 55° ART [HS]



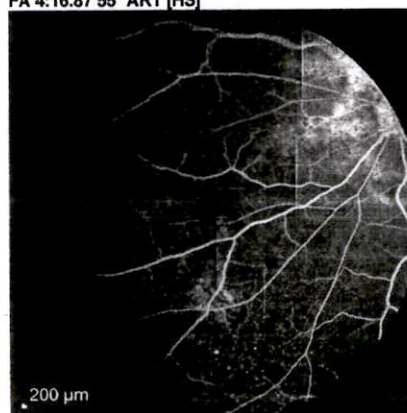
FA 3:54.26 55° ART [HS]



FA 4:01.22 55° ART [HS]



FA 4:16.87 55° ART [HS]



Notes:

Date: 06/03/2023

Signature:

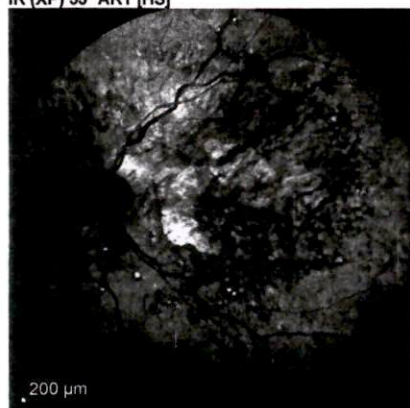
Patient: TADILI, Sidi Redouane
Patient ID: H1310223
Diagnosis: ---

DOB: 07/août/1944
Exam.: 06/mar./2023
Comment: ---

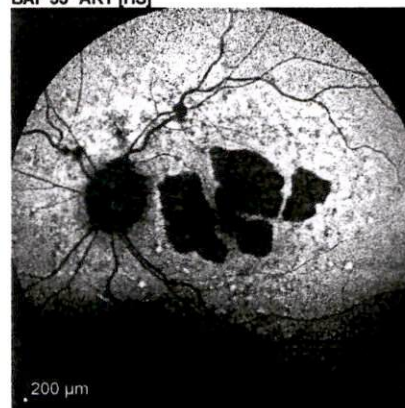
Sex: M

OS

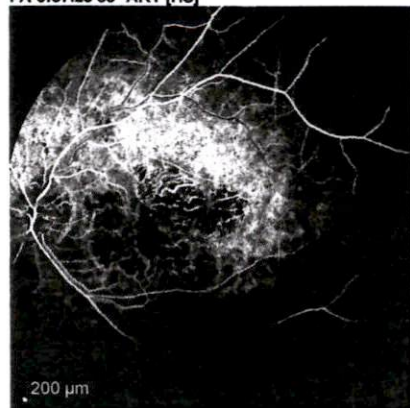
IR (XP) 55° ART [HS]



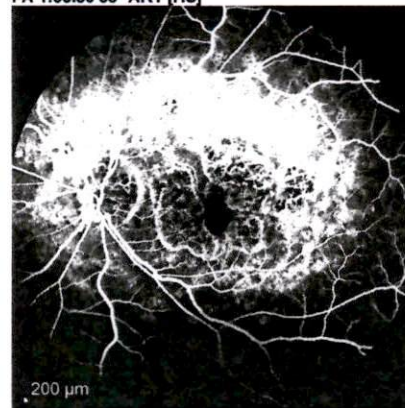
BAF 55° ART [HS]



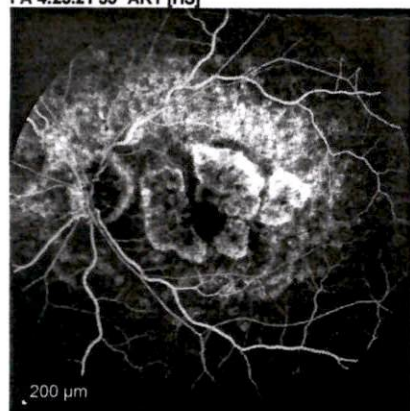
FA 0:37.23 55° ART [HS]



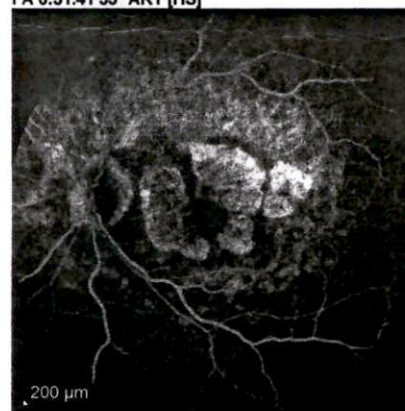
FA 1:03.50 55° ART [HS]



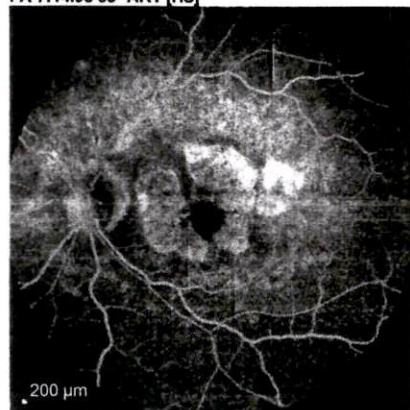
FA 4:25.21 55° ART [HS]



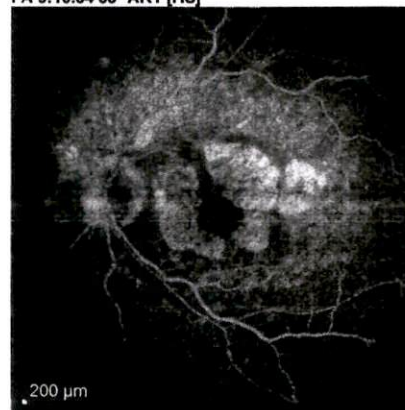
FA 6:51.41 55° ART [HS]



FA 7:14.95 55° ART [HS]



FA 9:10.64 55° ART [HS]



Notes:

Date: 06/03/2023

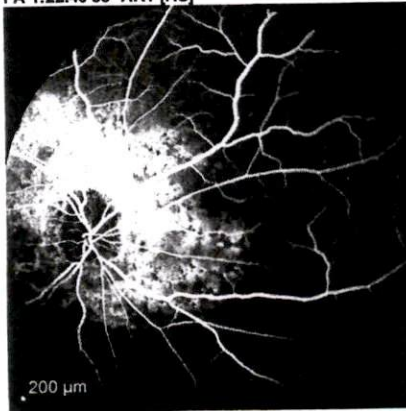
Signature:

Patient: TADILI, Sidi Redouane
Patient ID: H1310223
Diagnosis: ---

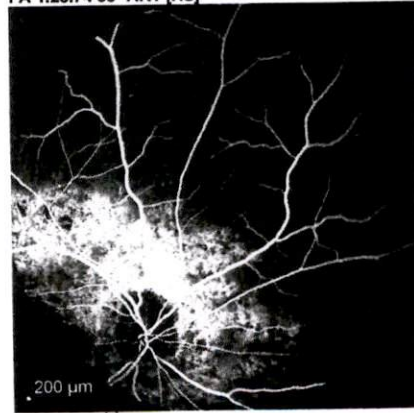
DOB: 07/août/1944
Exam.: 06/mar./2023
Comment: ---

Sex: M
OD

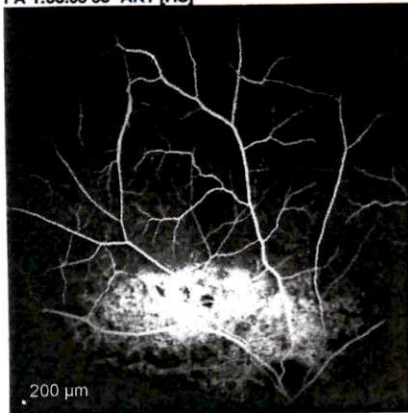
FA 1:22.46 55° ART [HS]



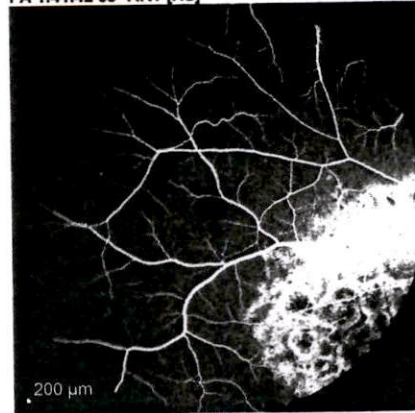
FA 1:28.74 55° ART [HS]



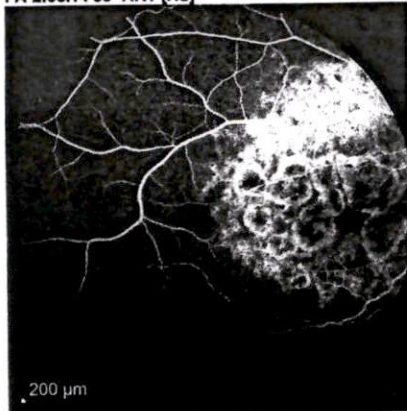
FA 1:33.65 55° ART [HS]



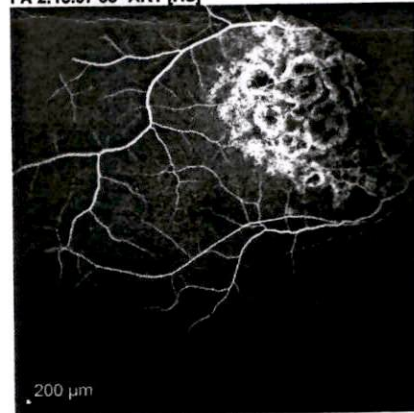
FA 1:41.42 55° ART [HS]



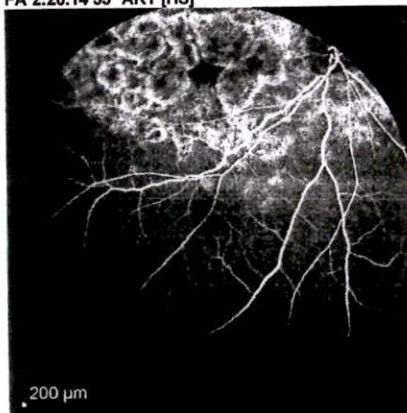
FA 2:08.14 55° ART [HS]



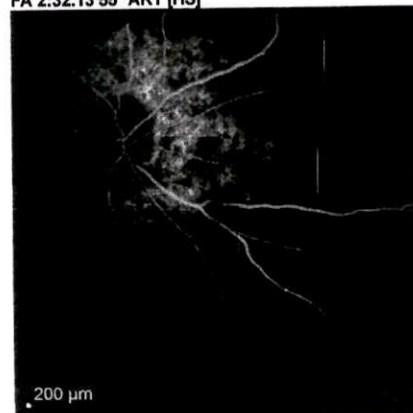
FA 2:13.97 55° ART [HS]



FA 2:20.14 55° ART [HS]



FA 2:32.13 55° ART [HS]



Docteur Zakia Mohamed Amine
Notes: *chirurgie perimaculaire (foyer)
→ Dégénérescence maculaire atrophique?*
Avenue Bin Ali Ouidane, App. 3
Date: 06/03/2023
Signature: *[Signature]*
Software Version: 1.11.11
www.HeidelbergEngineering.com
Overview Report, Page 1

CENTRE OPHTALMOLOGIE

FACTURE 1896/23

06/03/2023

| | | |
|---------------|----------------------|---------------|
| NOM ET PRENOM | TADILI SIDI REDOUANE | |
| | | |
| DESIGNATION | | MONTANT EN DH |
| | | |
| ANGIOGRAPHIE | | 850.00 |
| | | |
| TOTAL GENERAL | | 850.00 |

CLINIQUE NATIONS UNIES
 Av. des Nations Unies, Rue Ibn Hanbal
 Agdal Rabat
 (F) Tél: 05 37 67 05 05
 Fax: 05 37 67 35 35 - 05 37 67 14 09
 INPE : 100002757

AV DES NATIONS UNIES , RUE IBN HANBAL AGDAL RABAT

PATENTE / 25737560- ICE : 001830688000005- I.F : 03332685