

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **02626** Société : **R.A.M**

Actif Pensionné(e) Autre : **Retraité**

Nom & Prénom : **TADILI SIDI REDA**

Date de naissance : **07-08-1944**

Adresse : **1F, Rue Al Gattani, Agdal, Rabat - 10090**

E-mail : **reddaudouane.tadili95@gmail.com**

Tél. : **0661390226** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Zakia Mohcine Khlifi
PROFESSEUR EN OPHTALMOLOGIE
4, Avenue Bin Al Ouidane, Agdal, 2
Agda - Rabat - Tél.: 05 37 77 73 76
INPE : 101108173

Date de consultation : **18/02/2023**

Nom et prénom du malade : **Amelie Khlifi Redaouane** Age : **78 ans**

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **Diabète**

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : **Le malade a été victime d'un accident de la circulation**

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 : **18/02/2023**

Signature de l'adhérent(e) : **Sidi Reda**



RELEVE 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
29/2/2023	C3	-	Professeur ZAKIA MOHINE 4, Avenue Bin Al Ouidane Agdal-Rabat - Tél.: 0537771122 INPE - 10108173	Zakia Mohine DOCTEUR ZAKIA MOHINE EN OPHTALMOLOGIE BROFESSEUR EN OPHTALMOLOGIE Avenue Bin Al Ouidane, App. 2 Rabat - Tél.: 05 37 77 18 76 10108173

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																							
					COEFFICIENT DES TRAVAUX																						
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																									
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D	G	<hr/>		00000000	00000000	<hr/>		35533411	11433553	<hr/>		B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																										
	25533412	21433552																									
	00000000	00000000																									
	<hr/>																										
	D	G																									
	<hr/>																										
	00000000	00000000																									
	<hr/>																										
	35533411	11433553																									
<hr/>																											
B																											
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																									
					MONTANTS DES SOINS																						
					DATE DU DEVIS																						
					DATE DE 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 سابقة بكلية الطب بالرباط

(رئيسة مصلحة العيون بمستشفي الاختصاصات سابقاً)

أمراض وجراحة العيون - أشعة الميزر - أونгиوجرافيا

Rabat, le

le 23/2/23 -
الرباط

mr tradili side redouane-

maculopathie
(OCT = vomta) localisation
strophée (?)

→ angiographie numérique

Dr. Zakia Mohcine Khalifi
PROFESSEUR EN OPHTALMOLOGIE
4 Avenue Bin Al Ouidane, Appt 2
Agdal - Rabat - Tél : 05 37 77 78 73
INPE : 101 405 173

CLINIQUE NATIONS UNIES
Av. des Nations Unies, Rue Ibn Hambal
Tél : 05 37 67 05 05
Fax : 05 37 67 35 35 - 05 37 80 14 09

4، شارع بين الويidan، الشقة رقم 2 أكدال، الرباط - الهاتف : 05 37 77 78 76
4, Avenue Bin Al Ouidane, Appt 2 - Agdal, RABAT - Tél. : 05 37 77 78 76

MultiColor – Selective color laser images
SPECTRALIS® Tracking Laser Tomography

**HEIDELBERG
ENGINEERING**

Patient: TADILI, Sidi Redouane

DOB: 07/août/1944

Sex: M

Patient ID: H1310223

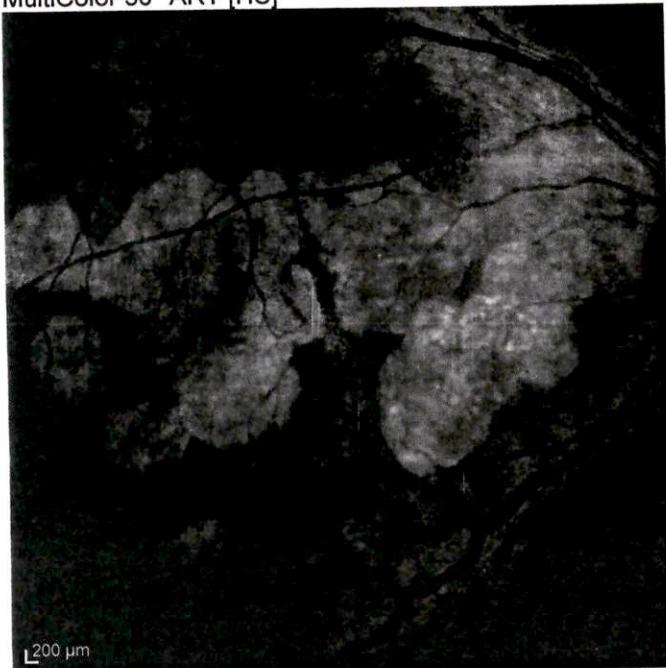
Exam.: 06/mar./2023

OD

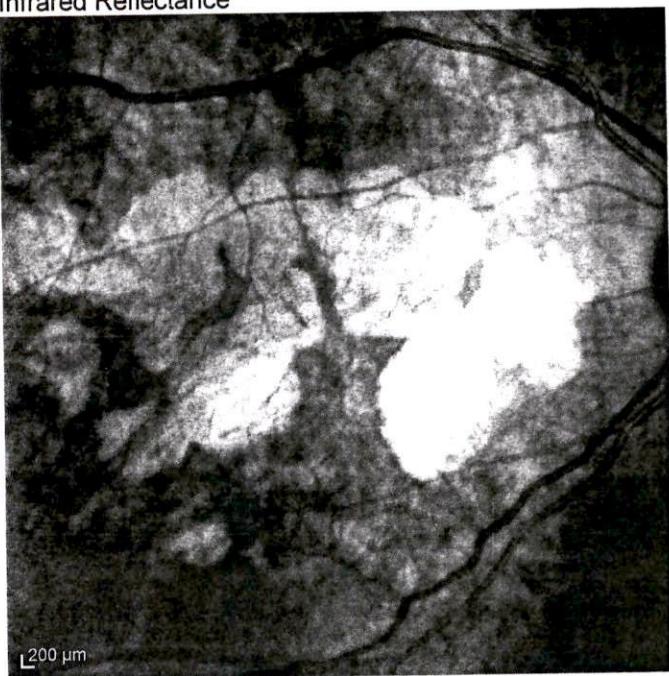
Diagnosis: ---

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: ---

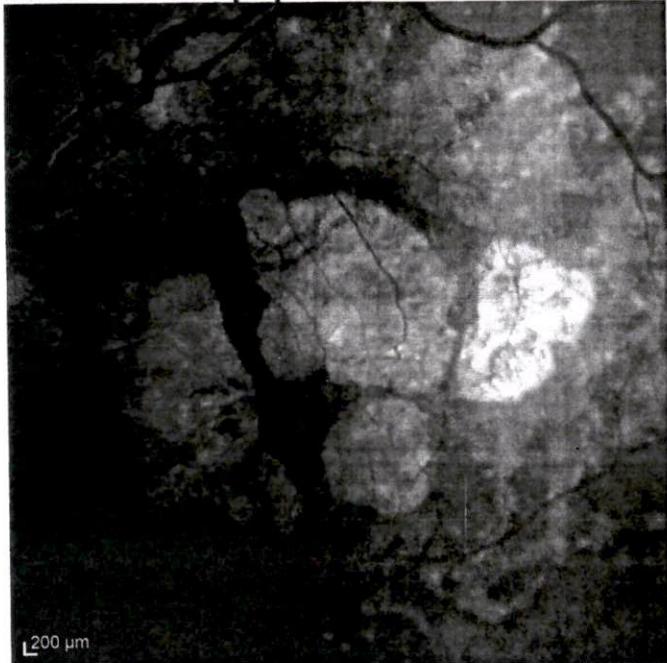
DOB: 07/août/1944
Exam.: 06/mar./2023
Comment: ---

Sex:

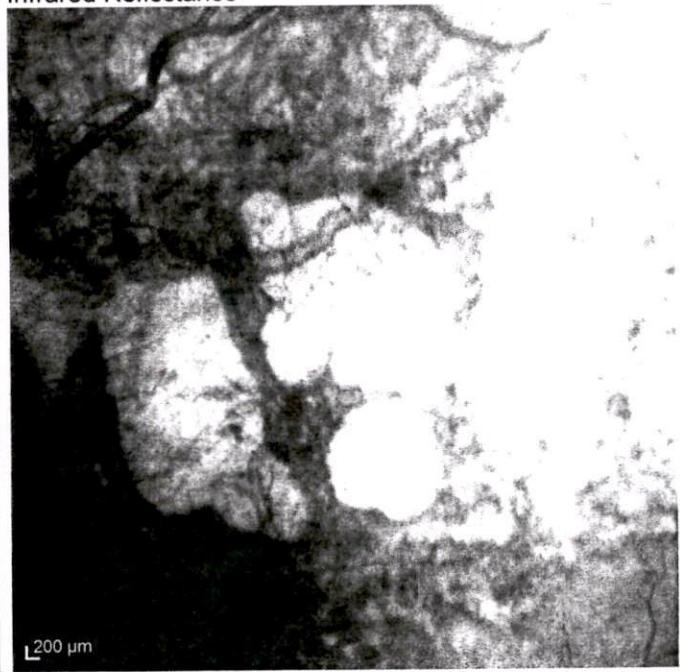
M

OS

MultiColor 30° ART [HS]



Infrared Reflectance

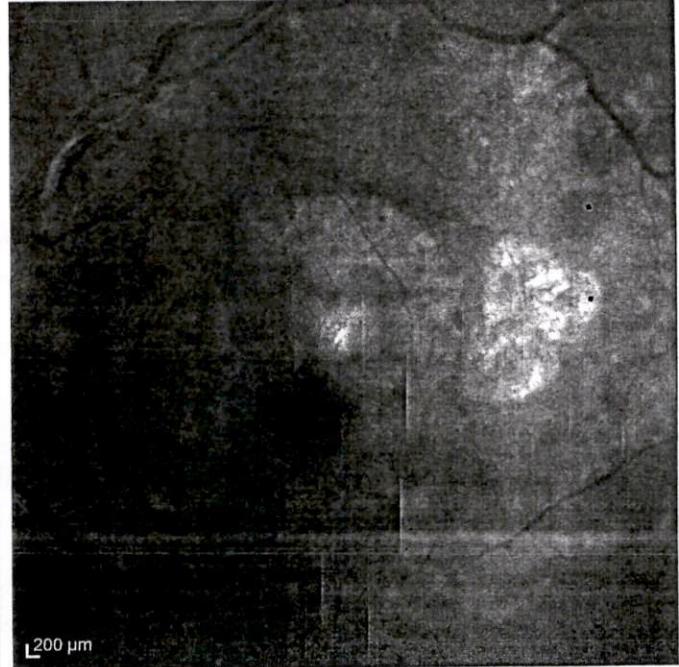


Color Balance: Standard

Green Reflectance



Blue Reflectance



Notes:

Date: 06/03/2023

Signature:

Overview Report
SPECTRALIS® Tracking Laser Tomography

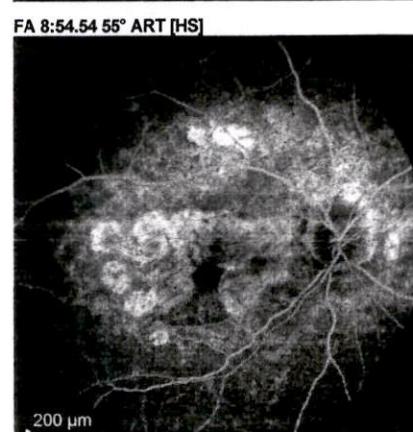
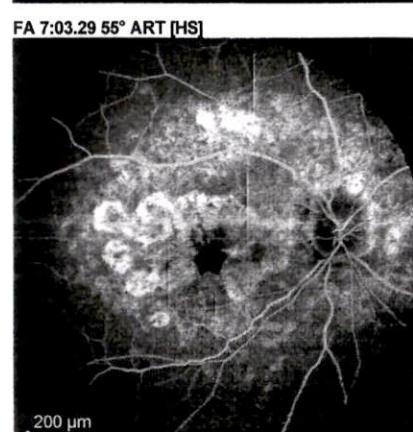
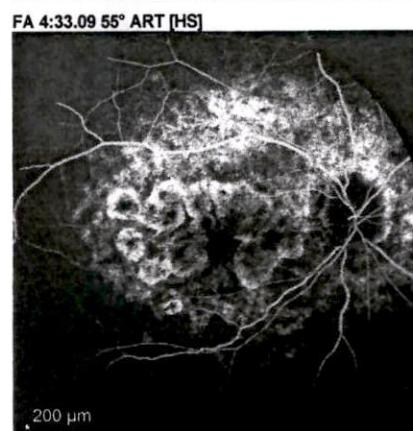
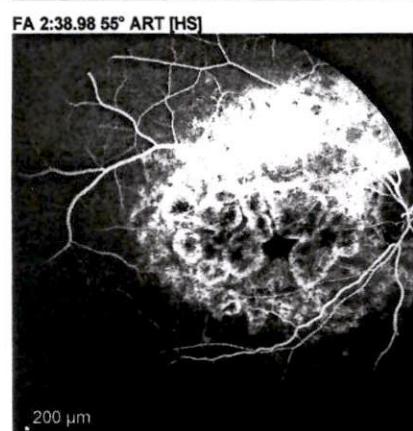
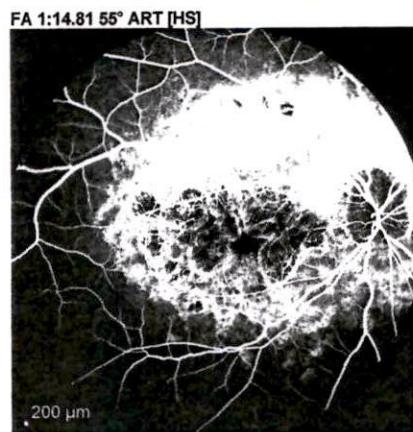
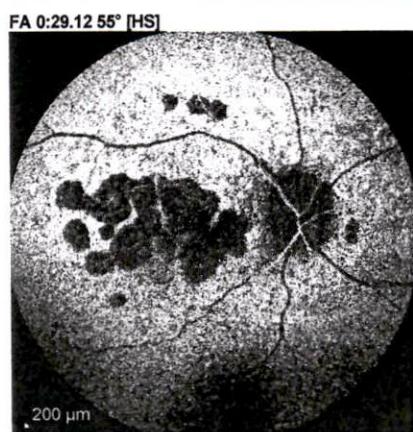
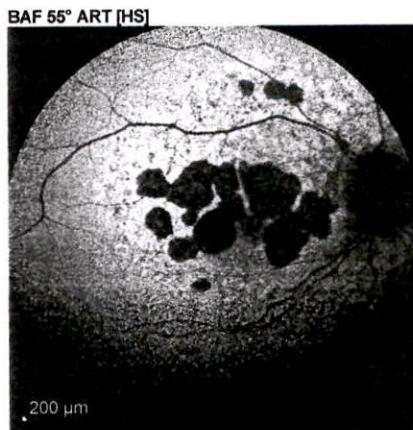
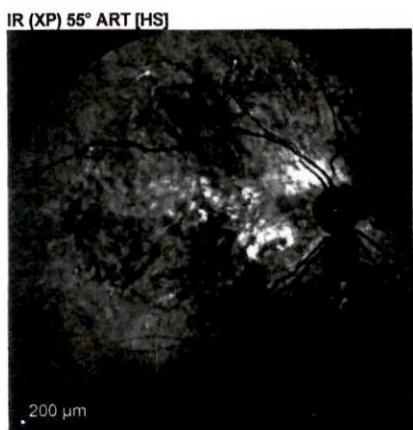
**HEIDELBERG
ENGINEERING**

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

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

Sex: M

OD



Notes:

Date: 06/03/2023

Signature:

Overview Report
SPECTRALIS® Tracking Laser Tomography

**HEIDELBERG
ENGINEERING**

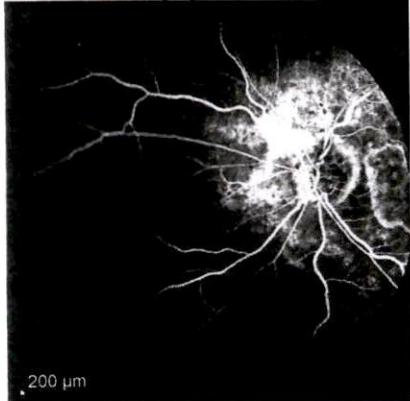
Patient: TADILI, Sidi Redouane
Patient ID: H1310223
Diagnosis: ---

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

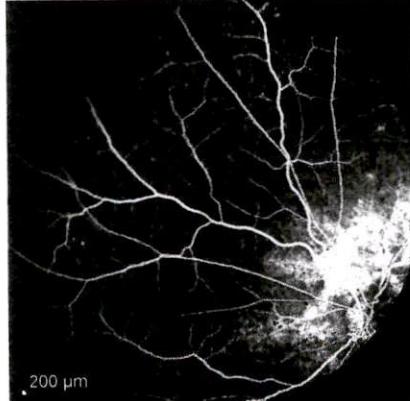
Sex: M

OS

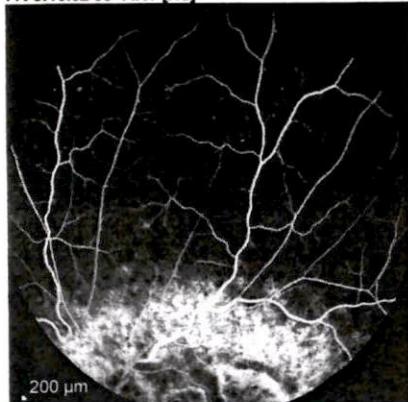
FA 2:56.46 55° ART [HS]



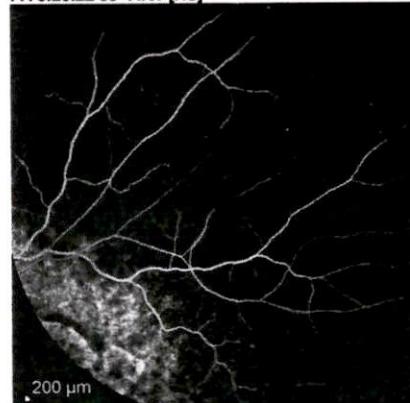
FA 3:06.40 55° ART [HS]



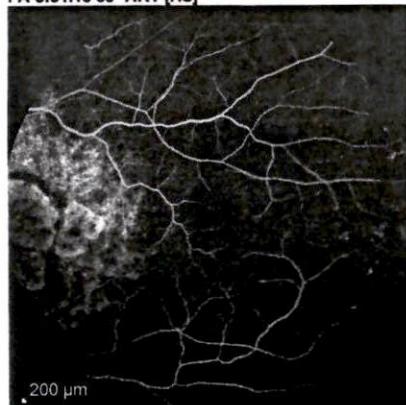
FA 3:10.62 55° ART [HS]



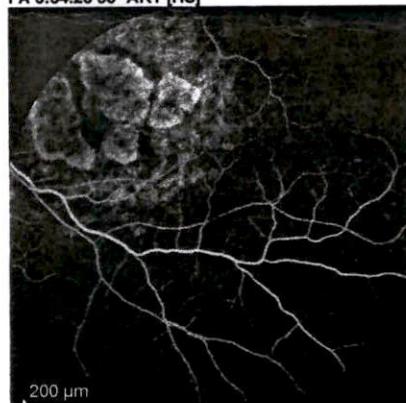
FA 3:20.22 55° ART [HS]



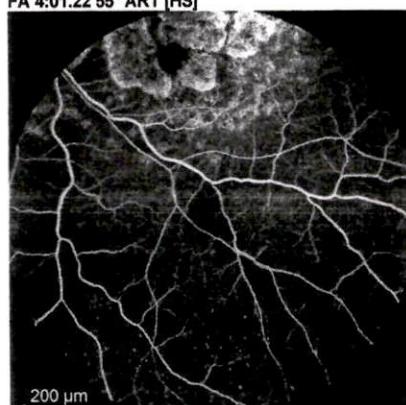
FA 3:31.18 55° ART [HS]



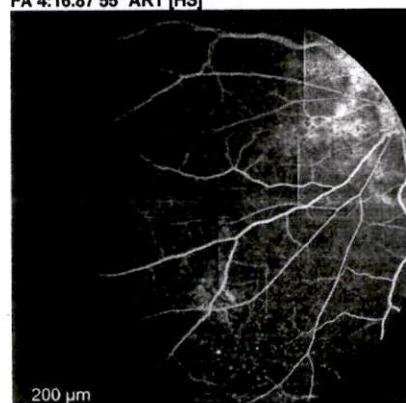
FA 3:54.26 55° ART [HS]



FA 4:01.22 55° ART [HS]



FA 4:16.87 55° ART [HS]



Notes:

Date: 06/03/2023

Signature:

Overview Report
SPECTRALIS® Tracking Laser Tomography

**HEIDELBERG
ENGINEERING**

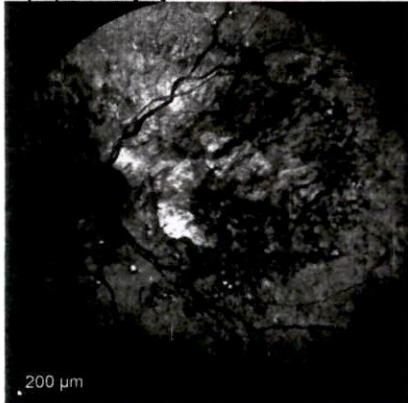
Patient: TADILI, Sidi Redouane
Patient ID: H1310223
Diagnosis: ---

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

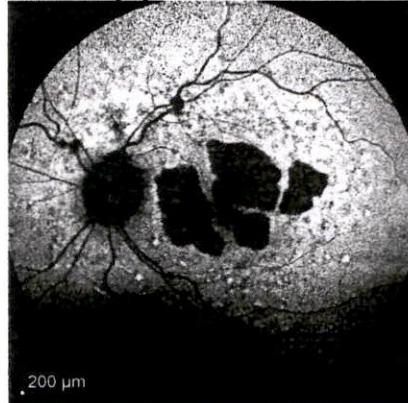
Sex: M

OS

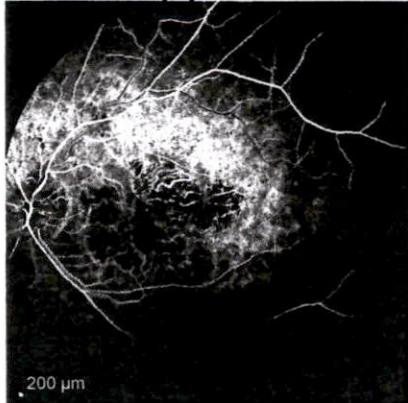
IR (XP) 55° ART [HS]



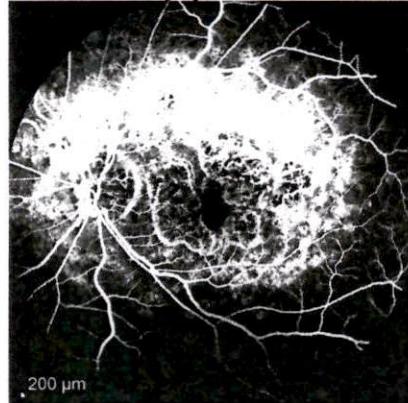
BAF 55° ART [HS]



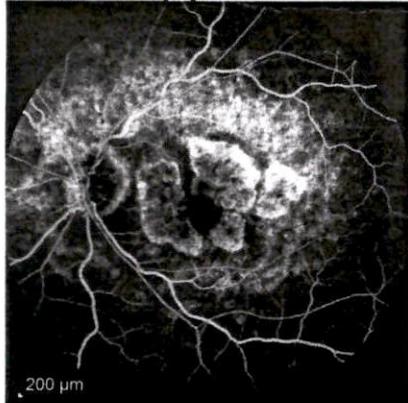
FA 0:37.23 55° ART [HS]



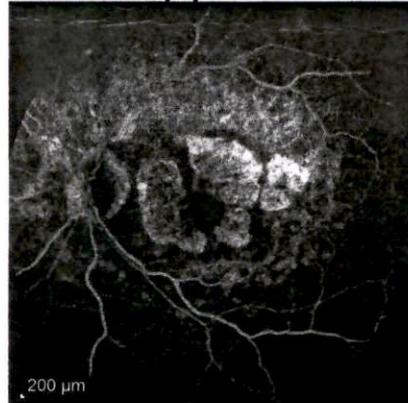
FA 1:03.50 55° ART [HS]



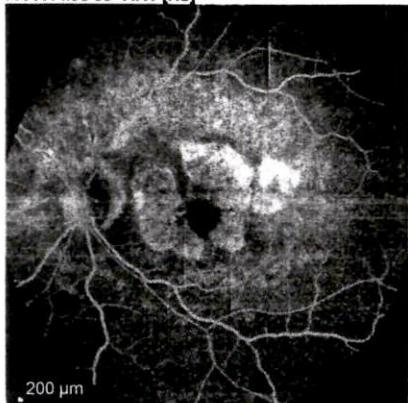
FA 4:25.21 55° ART [HS]



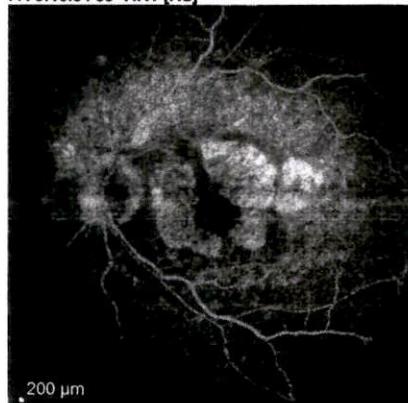
FA 6:51.41 55° ART [HS]



FA 7:14.95 55° ART [HS]



FA 9:10.64 55° ART [HS]



Notes:

Date: 06/03/2023

Signature:

Overview Report

SPECTRALIS® Tracking Laser Tomography

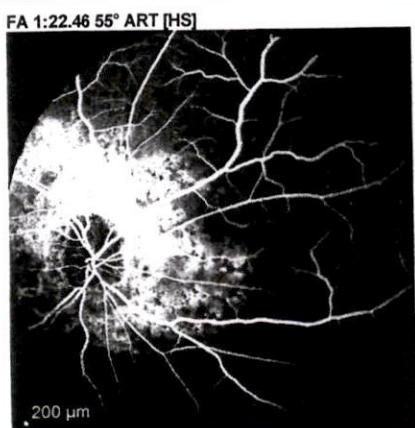
**HEIDELBERG
ENGINEERING**

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

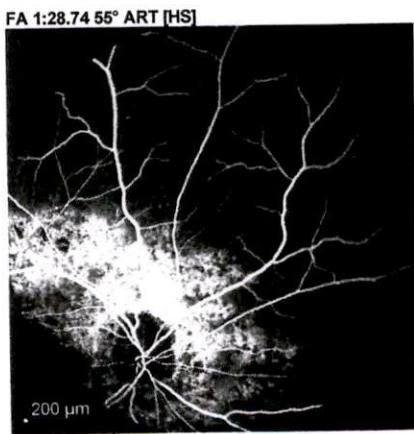
DOB: 07/août/1944
Exam.: 06/mar./2023
Comment: ---

Sex: M

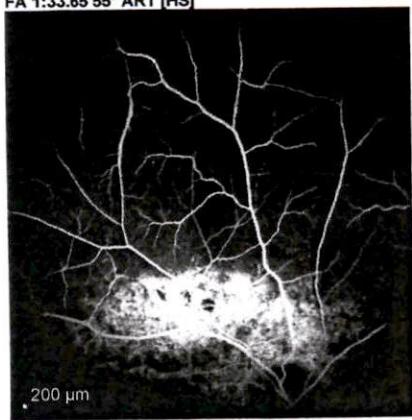
OD



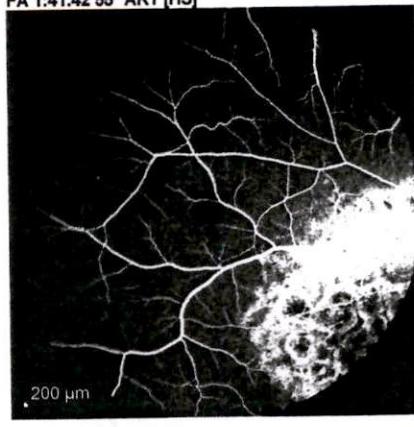
EA 1:33 65 55° ART [HS]



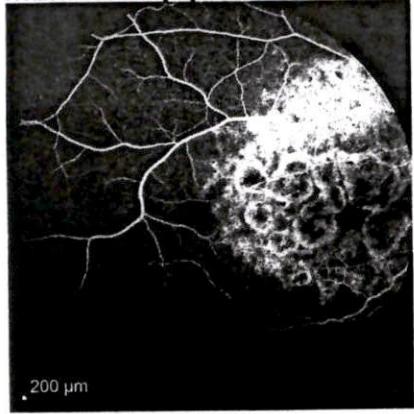
FA 1:41.42 55° ART [HS]



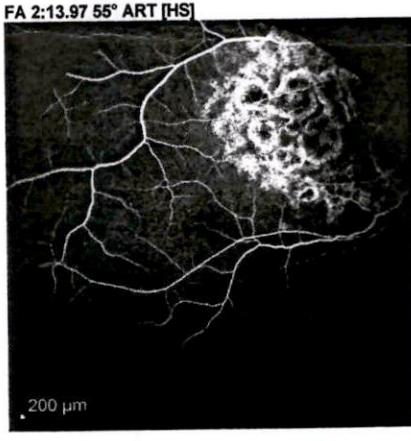
FA 2:08.14 55° ART [HS]



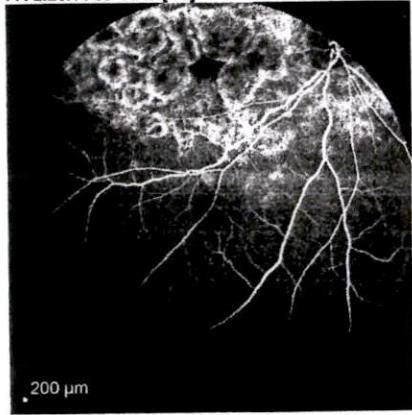
FA 2:13.97 55° ART [HS]



FA 2:20.14 55° ART [HS]



FA 2:32.13 55° ART [HS]



200 μ m

Docteur Zakia Mohajne Kifly
Notes: REURKEN OPBLIJVEN -
Avenue Bin Al Duidane, Agadir
Date: 06/03/2023, App.Signature

chronic peripheral neuropathy
→ reflexes and muscle atrophy?

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
(F) Tel: 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 : 00183068800005- I.F : 03332685