

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER 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.

adiologie 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.

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.

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

- | | |
|----------------------------------|-----------------------|
| 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

21.8111
Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 6913

Société : ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ABOUAISSA med

Date de naissance : 28-3-1951

Adresse : 70 Rue Wataha n° 11 20380
Quartier Burger CASABLANCA

Tél. : 0522 255763 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dra. M^a José Capella Elizalde
Nº de Col. 40.718
Dpto. Vitreo-Retina

MUP

Date de consultation : 16/DEC/2019

Nom et prénom du malade : ABOUAISSA

12 MARS 2020

Age: 69

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Nature de la maladie : CATARACT + RETINOPATHIE DIABETIQUE

ACCUEIL

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 : 16/12/2019

Signature de l'adhérent(e) :

Amine

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
	CONSULTATION OPHTHALMOLOGIE		52 €	Dra. M ^a Jose Capella Elizalde Nº de Col.: 40.718 Dpto. Vitreo-Retina
	FR. VISITE		181 €	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
OCT Dra. M ^a José Capella Elizalde No de Col.: 40.718 RETINOGRAFIE Dpto. Vitreo-Retina		151 €	
		50 €	

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficent	CCEFFICIENT DES TRAVAUX		
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				MONTANTS DES SOINS	
	H	25533412	21433552			
	D	00000000	00000000			
	B	35533411	11433553			
	G					
CCEFFICIENT DES TRAVAUX	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				DATE DU DEVIS	
	H	25533412	21433552			
	D	00000000	00000000			
	B	35533411	11433553			
	G					
MONTANTS DES SOINS					DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Patient ABOUAISSA, MOHAMMED
DOSSIER 1203893

DRA. CAPELLA ELIZALDE, M^a JOSE

FACTURE

No. Facture FP1950936
Date facture 16/12/2019

ABOUAISSA, MOHAMMED
70 rue kotaiba apt 11 20380 quartier burger
20380, CASABLANCA - MARRUECOS
CIF/NIF: PA3610949

Date	Ref	Description	Un	Prix	IVA	Somme
16/12/19	51001	EXAMEN FONCTIONNEL	1	52,00	0%	52,00
16/12/19	50001	HONORAIRES MÉDICAUX: PREMIÈRE VISITE	1	181,00	0%	181,00
16/12/19	52034	TOMOGRAPHIE DE COHÉRENCE (OCT)	1	151,00	0%	151,00
16/12/19	52059	RÉTINOGRAPHIE 200° (OPTOS)	1	50,00	0%	50,00



Termes de paiement	Base IVA	%TVA	Quota	Résumé
Application po	400,00 €	434,00 €	0%	Somme Montant: 434,00 €
Payé	34,00 €		0,00 €	Somme IVA: 0,00 €

Somme 434,00 €

FACTURE:

Compte bancaire: IBAN ES18-2100-0863-27-0200304333

Vos données ont été incorporées à un fichier appelé BDGACOB appartenant au Centro de Oftalmología Barraquer afin de satisfaire la relation contractuelle qu'il maintient avec le centre et pour lui envoyer l'information de nos activités et/ou services. Vos données peuvent être cédées à des entités publiques ou privées pour satisfaire les obligations légales ou contractuelles acquises. Pour faire valoir votre droit d'accès, rectification, opposition et annulation, vous pouvez vous diriger aux adresses suivantes : Adresse postale : Muntaner 314. 08021 Barcelona. Adresse électronique: lopdcb@barraquer.com Téléphone : (+34) 93.209.53.11



M. MOHAMMED ABOUAISSA
70 RUE KOTAIBA IBM MUSLIM APPT 11
20380 QUARTIER BURGER
CASABLANCA
MAROC



CERTIFICAT MÉDICAL

Dr. M^a José Capella Elizalde

Docteur en Médecine et Chirurgie

Spécialiste en Ophtalmologie

Collégié à Barcelone sous le numéro 40.718

CERTIFIE:

Le Dossier Médical N° **1203893** de M. **MOHAMMED ABOUAISSA**, N° de passeport: **PA3610949** contient les données suivantes:

Le patient s'est rendu dans notre Centre le 16 Décembre 2019 pour révision de son état oculaire.

MOTIF DE LA CONSULTATION ET ANTÉCÉDENTS PATHOLOGIQUES :

Diabète sous traitement avec antidiabétiques oraux et injections de Trulicity.

Diagnstiqué de rétinopathie diabétique aux deux yeux. Il s'est soumis à une photocoagulation aux deux yeux il y a quelques années.

Il réfère une perte progressive de la vision à l'oeil gauche depuis qu'il a 18 ans.

DONDERS :

	AVSC	AXE	CYL	SPH	AVAC	VI	VP
OD:	0,1	110	-2,00	+7,75	0,6		+10.75R-0,64N
OG:	0,04!	70	-2,00	+8,75	0,15		+11.75R-0,16

METAMORPHOPSIE :

OD: Sans

OG: Sans

PRESSION INTRAOCULAIRE :

Pression intraoculaire OD : 12mmHg

Pression intraoculaire OG : 12mmHg

SEGMENT ANTÉRIEUR :

ŒIL DROIT

Conjonctive: Saine.

Cornée: Brillante et transparente avec fluo négatif.

Chambre antérieure: Degré IV.

Périphérie: Périphérie camérulaire ample.

ŒIL GAUCHE

Conjonctive: Saine.

Cornée: Brillante et transparente avec fluo négatif.

Chambre antérieure: Degré IV.

Périphérie: Périphérie camérulaire ample.



Iris: Sain.

Pupille: Noire, centrale et ronde avec bon réflexe photomoteur.

Cristallin: Cataract corticonucléaire N3

Iris: Sain.

Pupille: Noire, centrale et ronde avec bon réflexe photomoteur.

Cristallin: Cataract corticonucléaire N3

SEGMENT POSTÉRIEUR :

ŒIL DROIT

Papille: De bonne couleur et bords nets.

Excavation: 0,3

Macula: Sans anomalies.

Quelques impacts de photocoagulation focale.

Rétine périphérique: Sans lésions dangereuses.

ŒIL GAUCHE

Papille: De bonne couleur et bords nets.

Excavation: 0,3

Macula: Sans anomalies.

Quelques impacts de photocoagulation focale.

Rétine périphérique: Sans lésions dangereuses.

EXAMENS RÉALISÉS :

ŒIL DROIT

Macular – OCT : Sans oedème maculaire.

ŒIL GAUCHE

Macular – OCT : Sans oedème maculaire.

DIAGNOSTIC :

ŒIL DROIT

Cataracte.

ŒIL GAUCHE

Cataracte.

Rétinopathie diabétique légère.

TRAITEMENT :

Le patient peut se soumettre, s'il le souhaite, à une opération d'extraction de cataracte et implant de lentille intraoculaire aux deux yeux.

Pour faire valoir ce que de droit, ce certificat est signé à Barcelone, le 16 Décembre 2019.



Signé : Dr. M. J. Capella Elizalde
BARRAQUER
Centro de Oftalmología
BARCELONA

L'émission de ce certificat en constitue en aucun cas un rapport d'expertise en vue d'un procès.

Name: ABOUAISSA, MOHAMMED

OD

OS

ZEISS

ID: 1203893

Exam Date: 12/16/2019

12/16/2019

Centro Oftalmologico Barraqu

DOB: 3/26/1951

Exam Time: 10:05 AM

10:03 AM

Gender: Male

Serial Number: 5000-18894

5000-18894

Technician: Operator, Cirrus

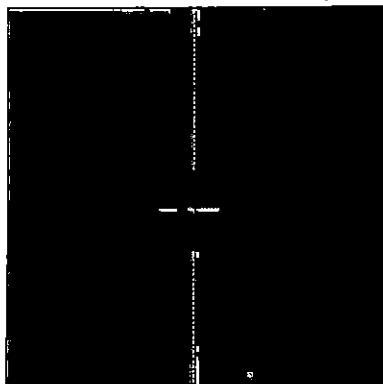
Signal Strength: 7/10

9/10

Macula Thickness OU: Macular Cube 512x128

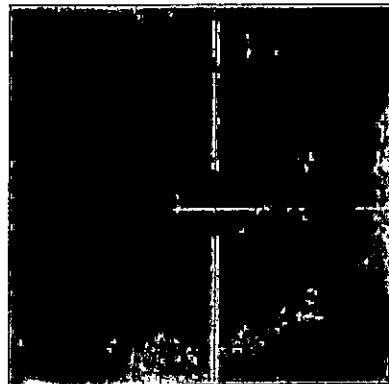
OD ● ● OS

OD ILM-RPE Thickness Map



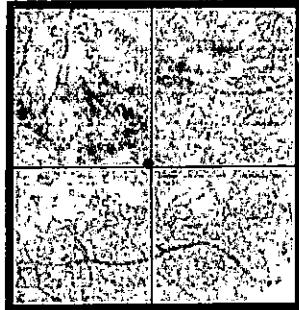
Fovea: 253, 69

OS ILM-RPE Thickness Map

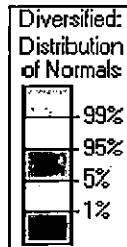
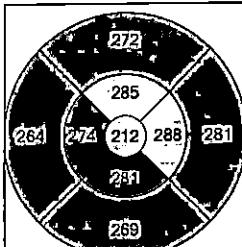


Fovea: 277, 70

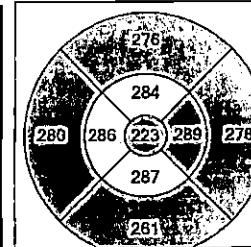
OD OCT Fundus



OD ILM-RPE Thickness



OS ILM-RPE Thickness



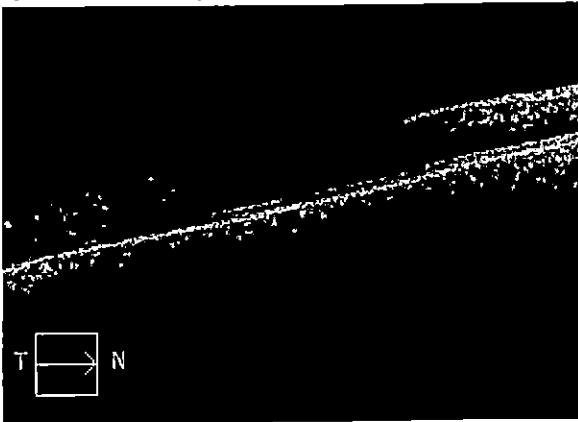
OS OCT Fundus



ILM - RPE

	OD	OS
Thickness Central Subfield (μm)	212	223
Volume Cube (mm ³)	9.7	9.8
Thickness Avg Cube (μm)	270	273

OD Horizontal B-Scan



BScan: 69

OS Horizontal B-Scan



BScan: 70

Comments

Doctor's Signature

CIRRUS3
SW Ver: 11.0.0.29946
Copyright 2018
Carl Zeiss Meditec, Inc
All Rights Reserved

Page 1 of 1

