

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Pathologie 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

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00774

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BEN YAHIA ABDELLAH

Date de naissance : 1949

Adresse : 186 Lotissement FLORIDA - Di Di APARTEMENT

Tél. : 0665100356

Total des frais engagés :

DRS 11,00

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dra. Sónia Vitor Oliveira
Nº de Col.: 36.03

Date de consultation : 29/03/2021

Nom et prénom du malade : Ben yahia Abderrahim Age: 72

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Dégénération mentale exudative

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

Le : 13/04/2021

Signature de l'adhérent(e) :



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
29/03/21	EXAMEN POM.C		Euros. 53,00	 Dra. Soledad Viver Oller Nº de Col.: 36.638
29/03/21	Honor. Mts. LAVZ		Euros. 182,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire ou du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
	29/03/21	OCT	Euros. 157,00
	29/03/21	OPICOS (RETINOGRAFIA)	Euros. 65,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

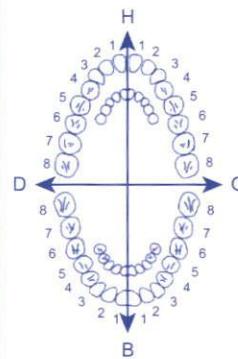
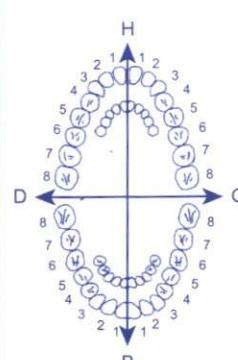
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A	M	P	C	

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 canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				
				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	25533412	21433552	
	D	00000000	00000000	
		35533411	11433553	
	G			
	B			
[Création, remont, adjonction] 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



Patient BENYAHIA BENYAHIA, ABDERRAFIH
DOSSIER 1224971

DRA. VIVER OLLER, SONIA

FACTURE

No. Facture FP2109741
Date facture 29/03/2021

BENYAHIA BENYAHIA, ABDERRAFIH
186, lotissement Florida
20000, CASABLANCA - MARRUECOS
CIF/NIF: 71991118Z

Date	Ref	Description	Un	Prix	IVA	Somme
29/03/21	51001	EXAMEN FONCTIONNEL	1	53,00	0%	53,00
29/03/21	50001	HONORAIRES MÉDICAUX: PREMIÈRE VISITE	1	182,00	0%	182,00
29/03/21	52034	TOMOGRAPHIE DE COHÉRENCE (OCT)	1	157,00	0%	157,00
29/03/21	52059	RÉTINOGRAPHIE 200° (OPTOS)	1	65,00	0%	65,00



Termes de paiement	Base IVA	%TVA	Quota	Résumé
Payé	457,00 €	457,00 €	0%	0,00 €

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: lopdb@barraquer.com Téléphone : (+34) 93.209.53.11

CERTIFICACIÓN MÉDICA
DRA. VIVER OLLER, SONIA
 Nº Col.: 36638

CERTIFICA:

Que el 29 de marzo de 2021 en la historia clínica nº 1224971 de BENYAHIA BENYAHIA, ABDERRAFIH, de 72 años de edad, con DNI 71991118Z, constan los siguientes datos:

El paciente acudió a nuestro centro el día 29 de marzo de 2021 para revisión de su estado ocular.

MOTIVO DE LA VISITA

Primera visita

OD-. Dx de degeneración macular y tratado con inyecciones intravítreas (4). Última en el 21 de Enero 2021

DONDERS

	AVSC	Eje	Cilindro	Esfera	AVCC	VM	VP
OD	0,09!	85	-1,25		0,1!		+4,00 R-0,13
OI	0,6	90	-1,25	+1,25	0,95!		+4,25 R-0,64

METAMORFOPSIA

OD: Sí acusa

OI: No acusa

PRESIÓN INTRAOCULAR

Presión Intraocular OD: 17mm.Hg
Paquimetría Central OD: 18

Presión Intraocular OI: 17mm.Hg
Paquimetría Central OI: 18

SEGMENTO ANTERIOR

OJO DERECHO

Córnea: Córnea brillante y transparente con fluo (-)
Cámara Anterior: Cámara anterior °IV
Iris: Midriasis farmacológica
Cristalino: Cristalino transparente

OJO IZQUIERDO

Córnea: Córnea brillante y transparente con fluo (-)
Cámara Anterior: Cámara anterior °IV
Iris: Midriasis farmacológica
Cristalino: Cristalino transparente

SEGMENTO POSTERIOR

OJO DERECHO

Papila: De buen color y bordes nítidos
Mácula: Fibrosis macular sin hemos, de aspecto muy redondeado (no puedo descartar que coexista depósito de lipofucsina)
Retina Periférica: Retina bien aplicada

OJO IZQUIERDO

Papila: De buen color y bordes nítidos
Mácula: Druas y alteración del EPR (en sector temporal a la fóvea existe un depósito muy sutil con superficie hiperpigmentada (Lipofucsina???)
Retina Periférica: Retina bien aplicada



PRUEBAS REALIZADAS

OJO DERECHO

OCT-Macular: Fibrosis con fluido intraretiniano y fluido subretiniano

DIAGNÓSTICO

CATARATA CORTICONUCLEAR
DEGENERACIÓN MACULAR EXUDATIVA ACTIVA

OJO IZQUIERDO

CATARATA CORTICONUCLEAR
DEGENERACIÓN MACULAR NO EXUDATIVA

TRATAMIENTO

OD- Aconsejo NO discontinuar anti-angiogénicos, pero podría intentar cambiar a INYECCIÓN DE LUCENTIS OI

Y para que así conste y a petición del interesado, firmo la presente certificación en Barcelona, a 29 de marzo de 2021.

Fdo.: DRA. VIVER OLLER, SONIA
Nº Col.: 36638

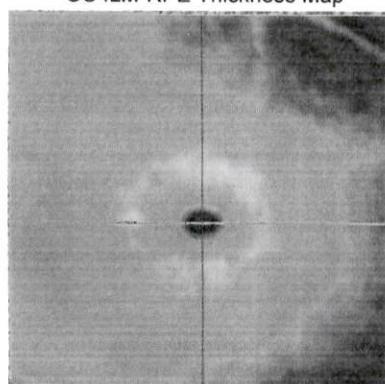
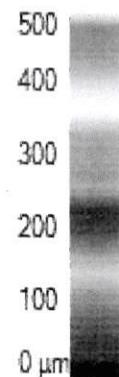
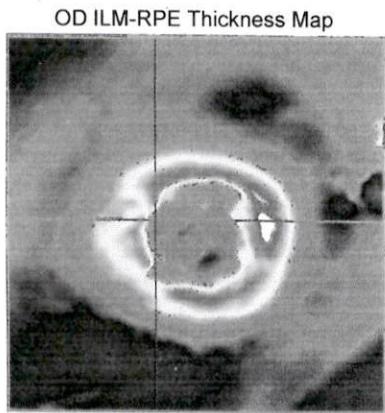
La emisión de este Certificado no constituye Dictamen Pericial a los efectos de su presentación en un Juicio.

Name: BENYAHIA BENYAHIA, ABDERRAFIH OD OS
ID: 1224971 Exam Date: 3/29/2021 3/29/2021 CZMI
DOB: 1/1/1949 Exam Time: 11:12 AM 11:11 AM
Gender: Male Serial Number: 5000-19579 5000-19579
Technician: Operator, Cirrus Signal Strength: 9/10 9/10



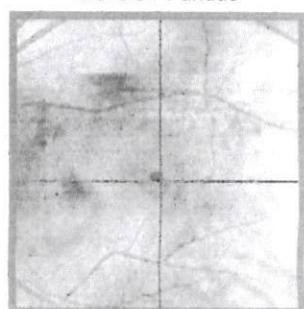
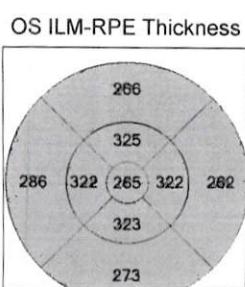
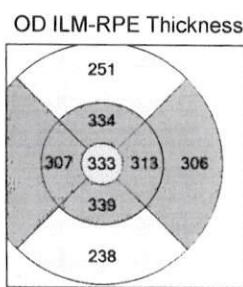
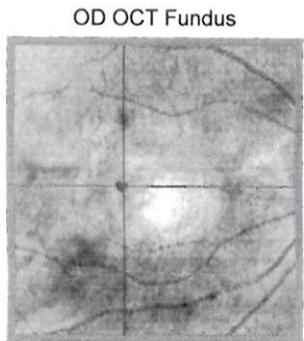
Macula Thickness OU: Macular Cube 512x128

OD OS



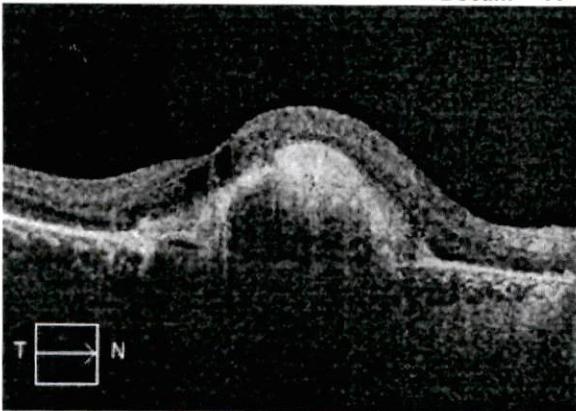
Fovea: 202, 63

Fovea: 262, 72



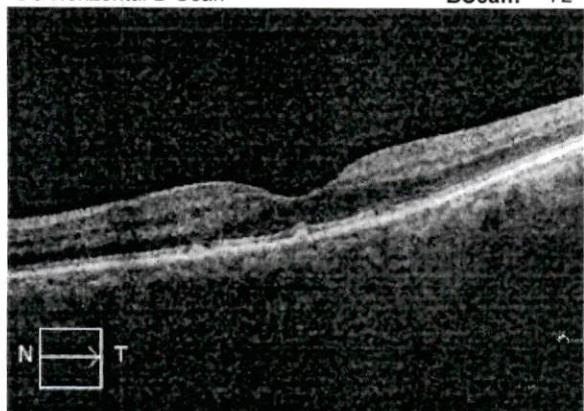
ILM - RPE	OD	OS
Thickness Central Subfield (μm)	333	265
Volume Cube (mm^3)	9.8	10
Thickness Avg Cube (μm)	272	277

OD Horizontal B-Scan



BScan: 63

OS Horizontal B-Scan



BScan: 72

Comments

Doctor's Signature

CIRRUS4
SW Ver: 11.0.0.29946
Copyright 2018
Carl Zeiss Meditec, Inc
All Rights Reserved

Page 1 of 1

Nombre: BENYAHIA BENYAHIA, ABDERRAFIH

ID: 1224971

Fecha de examen 29/03/2021

CZMI

Fecha de nacimiento: 01/01/1949

Hora del examen: 11:13

Sexo: Masculino

Número de serie: 5000-19579

Técnico: Operator, Cirrus

Intensidad señal: 10/10



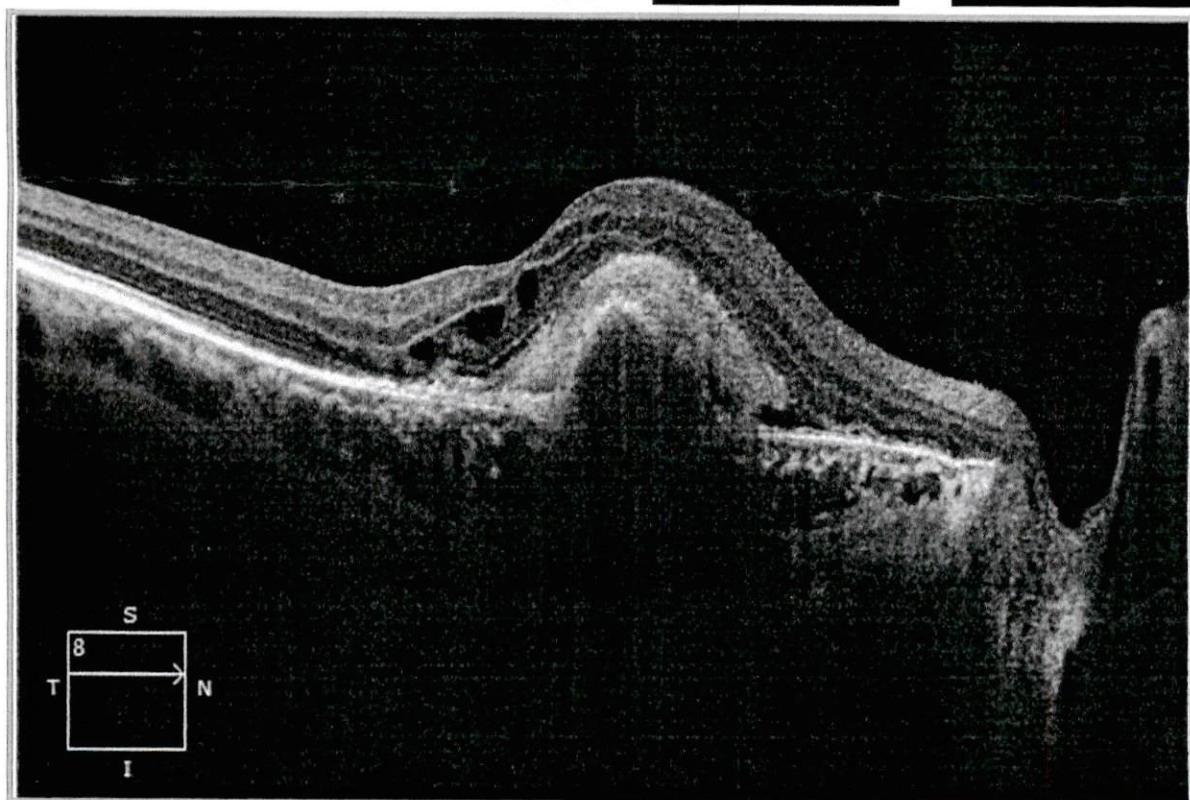
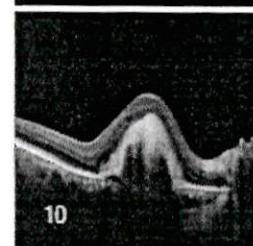
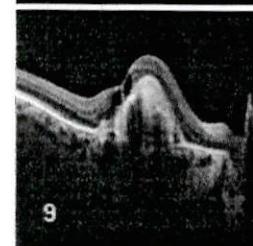
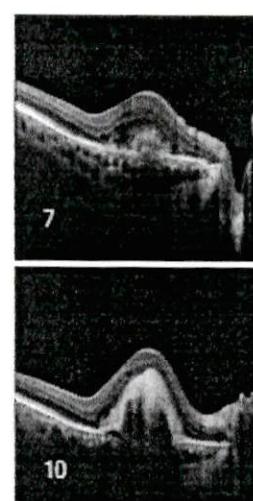
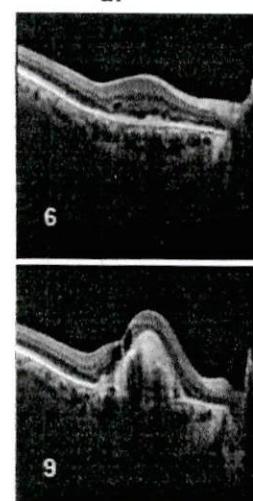
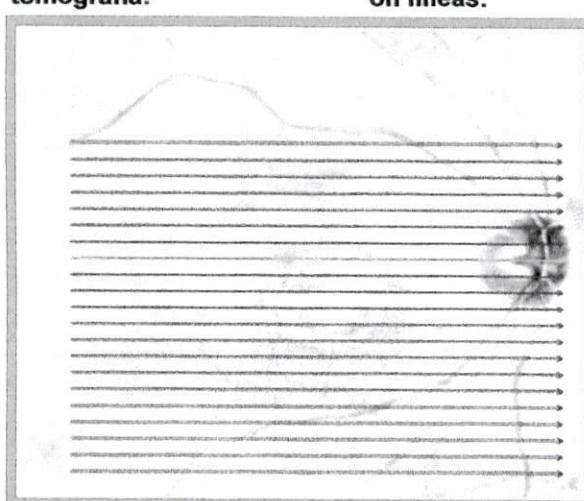
Imágenes de alta definición: Análisis de HD 21

OD OS

Ángulo de 0°
tomografía:

Separación líneas: 0,3 mm

Longitud: 9 mm



Comentarios

Firma del doctor

Visor Dra. Viver
SW Ver: 11.0.0.29946
Copyright 2018
Carl Zeiss Meditec, Inc
All Rights Reserved

Página 1 de 1