

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

*SARA KNARI*

## Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être sûrement 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

Optique

*121731*

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : *6802* Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

*MOUTAKI Abdellah*

Date de naissance :

*01/01/1947*

Adresse :

*JAMILA 5 Rue 113 N° 32 - C. D. - CASA.*

Tél. : *0664583462*

Total des frais engagés : *62000,- 550,-* Dhs

## Cadre réservé au Médecin

**Dr. RAZIK Abdellah**  
Spécialiste Maladies et Chirurgie des Yeux  
Tél. : 05 22 25 56 98 / 05 22 85 18 18 Casa  
INPE: 091119354  
ICE: 001700021000027

*06 JUIL. 2022*

Date de consultation :

*13/09/2022*

Nom et prénom du malade :

*MOUTAKI*

Age : *1307*

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

*affection*

*Dr. RAZIK Abdellah*  
Spécialiste Maladies et Chirurgie des Yeux  
Tél. : 05 22 25 56 98 / 05 22 85 18 18 Casa  
INPE: 091119354  
ICE: 001700021000027

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 : *CASA*

Le : *30/08/2022*

Signature de l'adhérent(e) :

*Moutaki Abdellah*

#### **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
3 MAI 2022	ECHO	500		Dr. BAZIK A Spécialiste Médecine Chirurgie 05 22 25 56 98 / 05 22 85 80 NPE : 0911193204 017000210004

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

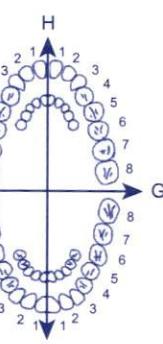
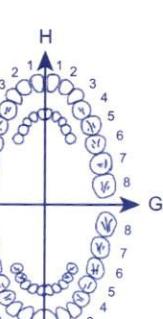
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
						

#### **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 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			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

# عيادة أمراض وجراحة العيون الادريسيّة I

Docteur Razik Abdallah

Spécialiste Maladies et  
Chirurgie des Yeux

Ex. Médecin des F.A.R.

Ex. Médecin à l'hôpital 20 Août

Chirurgie Cataracte - Implant -

Glaucome - Strabisme - Laser -

Angiographie - Traumatisme

LASIK



دكتور عبطة الله داذاق  
اختصاصي في أمراض وجراحة العيون  
طبيب سابق بالقوات المسلحة الملكية  
طبيب سابق بمستشفى 20 غشت

جراحة العلالة . العدسة . قataract .

الحول . مسالك الدموع . عصب ورادير الشبكية .

علاج الشبكية العصبية بال斯基ري بالليزر

تصحيح قصر النظر

فحص لرخصة السياقة

## لا نغير تاريخ الفحص

13 MAI 2022

Casablanca, le:

الدار البيضاء، في

## COMPTE RENDU ECHOGRAPHIE OCULAIRE

NOM DU PATIENT: MOUTAKI ABDELLAH

### BIOMETRIE

LONGUEUR AXIALE OD = 23.22mm

KERATOMETRIE OD= 44.75

CALCUL IMPLANT OD= 20 D

### ECHOGRAPHIE:

CONTOUR ET MORPHOLOGIE REGULIERS.

CRISTALLIN: HYPERECHOGENE

VITRE:ECHOS VITREENS.

CHOROID:ASPECT D'ECOGRAPHIQUE NORMAL.

RETINE:ASPECT D'ECOGRAPHIQUE NORMAL,

*Dr. RAZIK Abdallah  
Spécialiste Maladies et Chirurgie des Yeux  
Tél: 05 25 56 98 05 22 85 18 18 - Casablanca  
N.P.E: 09 11 19 354  
ICE: 001700024000027*

Examen Complémentaire :

المرجو الاتصال أو التواصل عبر الواتساب الرقم التالي : 0677.31.15.73

589 شارع أبي شعب الدكالي (زاوية زنقة 40) - الطابق الأول (على بعد 100م من مرجان) - الادريسيّة I

الدار البيضاء - الهاتف: 0677.31.15.73 / 0522.85.18.18 / 0522.28.56.98

# عيادة أمراض وجراحة العيون الادريسيّة I

Docteur Razik Abdallah

Spécialiste Maladies et  
Chirurgie des Yeux

Ex. Médecin des F.A.R.

Ex. Médecin à l'hôpital 20 Août



Chirurgie Cataracte - Implant -

Glaucome - Strabisme - Laser -

Angiographie - Traumatisme

LASIK

Casablanca, le: ..... الدار البيضاء، في

الدكتور عبد الله رازق

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

طبيب ساق بالقوات المسلحة الملكية

طبيب سابق بمستشفى 20 غشت

جراحة العجلة - العدسة - طبision -

الحرل - مسالك المموج - فحص وراديو الشبكية

علاج الشبكة المصابة بالسكري بالليزر

تحصيق قصر النظر

فحص لرخصة القيادة

## NOTE D'HONORAIRES

Le Docteur RAZIK Abdallah Ophtalmologue

Prie M : MOUTAKI ABODELLAH

d'accepter l'expression de ses sentiments distingués et  
lui présente suivant l'usage sa note d'honoraires pour :

ECHO

s'éllevant à la somme de ..... 500 DHS

Dr. RAZIK Abdallah  
Spécialiste Maladies et Chirurgie des Yeux  
Tél.: 05 22 25 66 98 / 05 22 85 18 18  
INPE: 09 11 77 93 00  
ICE: 00 17 00 03 00 02

المرجو الاتصال أو التواصل عبر الواتساب الرقم التالي : 0677.31.15.73

شارع أبي شعيب الدكالي (زاوية زنقة 40) - الطابق الأول (على بعد 100م من مرجان) - الادريسيّة I

الدار البيضاء - الهاتف: 0677.31.15.73 / 0522.28.56.98

ROYAUME DU MAROC  
Ministère de la santé  
Délégation préfectorale des  
Arrondissements de Ben M'Sik  
Centre Hospitalier Préfectoral Ben M'Sik



المملكة المغربية  
وزارة الصحة  
مندوبيّة عمالة  
مقاطعات ابن مسيك  
المركز الإستشفائي الإقليمي ابن مسيك

## Demande d'Examen

Nom du malade : ABDALLAH MOUTAKI Date : 12/5/22  
Service : ..... N° d'Entrée : .....

Renseignements Cliniques	Examens demandés
 <u>ECG</u> <u>E.C.Q</u> <u>10Kg</u>	<u>E</u> <u>C</u> <u>G</u> <u>O<sub>2</sub></u> <u>Q</u> 

ID: 1038

Female      Years

16-05-2022 10:59:49

HR : 63 bpm  
 P : 120 ms  
 PR : 165 ms  
 QRS : 93 ms  
 QT/QTc : 415/426 ms  
 P/QRS/T : 53/20/45 °  
 RV5/SV1 : 1.471/0.707 mV

Diagnosis Information:

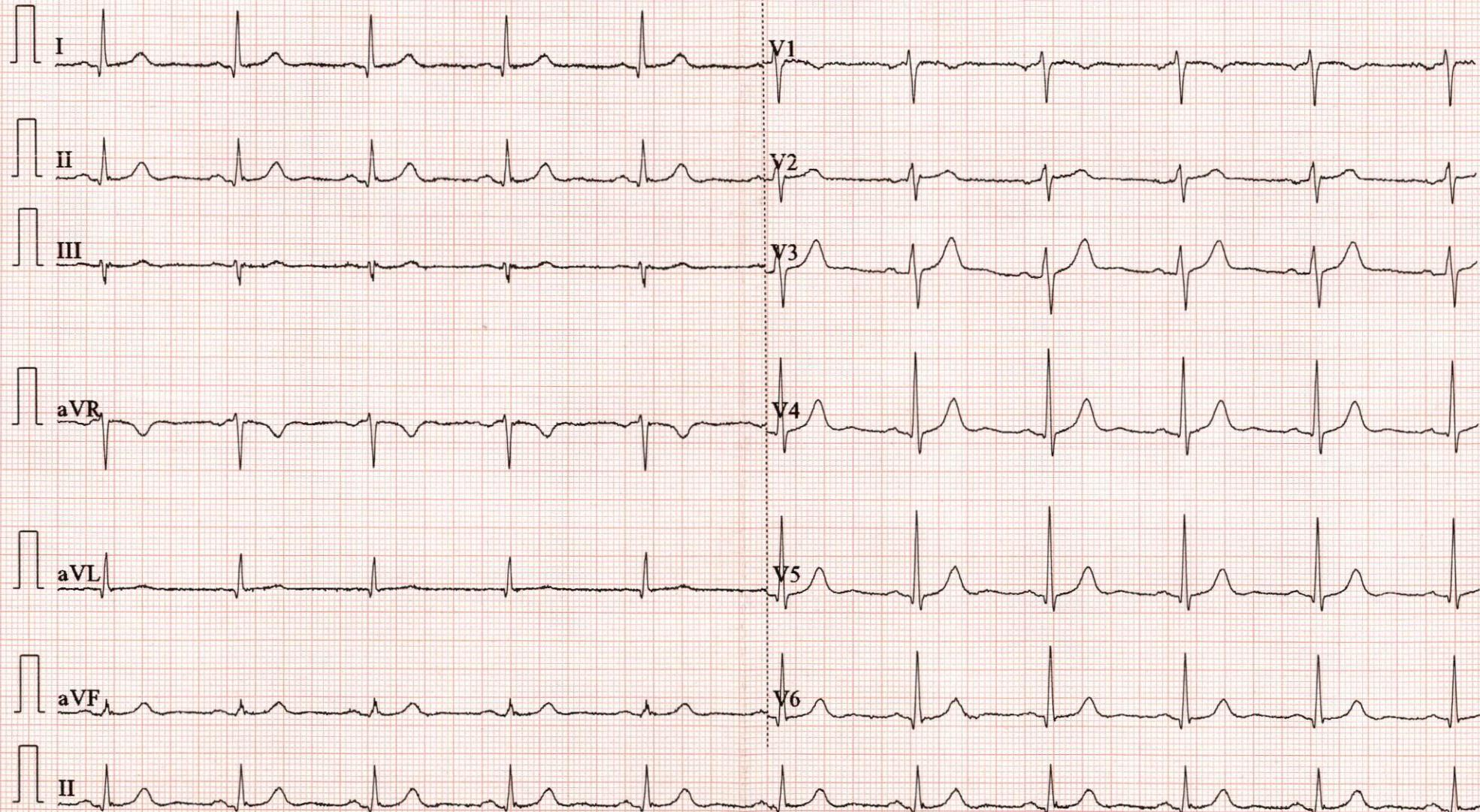
**Sinus Rhythm**  
**Left Atrial Enlargement**

Tel 0664 5834 62

Abdallah

Montafin

Report Confirmed by:



Royaume du Maroc  
Ministère de la Santé  
Hôpital Préfectoral Ben M'sik

Reçu de M

La somme de

Moutaki Abdellah  
cinquante DHS

Quittance

N° 253749

Cachet du Service

Le 16/07/2022

Signature du  
Régisseur

NATURE DE LA RECETTE	EX.	SOMME
ECG		50,--
Total		50,--