

## 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

- 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.

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>001696</u>			
Société : _____			
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre : _____	
Nom & Prénom : <u>ASSIL ALLAL</u>			
Date de naissance : <u>01-06-1956</u>			
Adresse : <u>CHEM SULFA 1er EXAFIA N° 44</u>			
Tél. : <u>0661 693366</u> Total des frais engagés : _____ Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
 <u>Dr. ASSIL ALLAL</u> <u>Centre Allal Ben Abdellah</u> <u>El Oufra - Casablanca</u> <u>Tel: 05 22 20 45 45</u>			
Date de consultation : <u>08/06/2022</u>			
Nom et prénom du malade : <u>ALLAL Assil</u> Age : _____			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <u>Rotin</u>			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <u>Affection</u>			
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 : Centre Allal Ben Abdellah le : 25 JUIL. 2022  
Signature de l'adhérent(e) : ASSIL ALLAL

ACCUEILLIE 07/07/2022

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

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
25.05.2019		5	2000	INP : 1234567890 Dr Hamid ERRAZI CASABLANCA 22-52-91

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
URS GWH nazarene	06/06/2012	Angeb Zopf corne	1000 dh.

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## **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	INP : <input type="text"/>														
				<input type="text"/> CŒFFICIENT DES TRAVAUX														
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS														
				<input type="text"/> DEBUT D'EXÉCUTION														
				<input type="text"/> FIN D'EXÉCUTION														
O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			<input type="text"/> CŒFFICIENT DES TRAVAUX														
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</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 style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
H	G																	
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	<p style="text-align: center;"><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			<input type="text"/> DATE DU DEVIS														
				<input type="text"/> DATE DE L'EXÉCUTION														

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur . Hamid FARAH**

**Ophtalmologiste**



**الدكتور . حميد فراح**

**أخصائي أمراض و جراحة العيون**

جلاة - ضغط العين - الحول

مسالك الدموع - انгиوكرافيا

الليزر - العدسات الاصنف

جراحة عيوب البصر

طبيب العيون سابق بمستشفى 20 غشت

طبيب العيون سابق بمستشفى مولاي يوسف

Spécialiste de la Chirurgie  
et des Maladies des Yeux

Cataracte - Glaucome - Strabisme

Voies Lacrymales - Angiographie

Laser - Lentilles de Contact...

Ancien Médecin Ophtalmologiste à l'hôpital 20 AOÛT

Ancien Médecin Ophtalmologiste à l'hôpital My Youssef

15 MAI 2002

Casablanca, Le

الدار البيضاء في

ASIR ALLAH.

cath en boute

RD.

Angiographie rect

Dr Hamid FARAH  
Ophtalmologiste  
Oum Errabbi Rue 50 N° 3  
El Oulfa - CASABLANCA  
Tél.: 05 22 93 29 91 \* 01  
Fax : contact@eloulfa61662  
E-mail : eloulfa61662@wanadoo.fr

Dr Hamid FARAH  
Ophtalmologiste  
Oum Errabbi Rue 50 N° 3  
El Oulfa - CASABLANCA  
Tél.: 05 22 93 29 91 \* 01

Bd OUM Errabii - Rond point OMAR EL MOKHTAR Rue 50 N°3 - EL OULFA - Casablanca - Tél.: 05 22 93 29 91

شارع أم الربيع - مدار عمر المختار - زنقة 50 رقم 3 حي الألفة الدار البيضاء - الهاتف:

Date : 08.06.2021

0681277

**Quittance - Paiement espèces**

IPP : .....

N° D'admission : ..... Montant : ..... 100000

Patient : ..... Assil Allal

**Cachet**



**HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID**

**F A C T U R E**

N° **70 430 / 2022** du **08/06/2022**

Nom patient : **ASSIL ALLAL**

Entrée **08/06/2022**

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie **08/06/2022**

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
ANGIOGRAPHIE À LA FLUOROSCEINE NUMERIQUE	1,00		1 000,00 Sous-Total	1 000,00 1 000,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>1 000,00</b>

*Arrêtée la présente facture à la somme de :*

**MILLE DIRHAMS**

**Total** **1 000,00**

Encaissements				Total encaissé	Solde
					<b>1 000,00</b>

*Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
 17 Avenue Hassan II  
 BP 82403 Oum Rabii  
 Hay Hassani Tel: 05 29 03 53 45 Fax: 05 22 89 28 54 N° INP 090061862, N°ICE 001740003000026*

Casablanca le 08 JUIN 2022

**Compte Rendu Angiographie Rétinienne**

Mr ALLAL ASSIL

**Résumé clinique :**

- Patient âgé de 66 ans

**Angiographie rétinienne :**

Appareil : Rétino Angiographe VISUCAM 500 de Zeiss®

• **Œil Droit :**

- - Rétinographie couleur : Nombreux microanévrysmes et hémorragies en tâche disséminées au pôle postérieur ainsi que dans les 4 quadrants. Exsudats circinées en temporal . Atrophie choriorétinienne.
  - Clichés injectés : Nombreux microanévrysmes qui s'allument durant la séquence Les lésions prédominent dans les quadrants temporal et inférieur et nasal. Présence de nombreux AMIR avec points de fuite. Présence de zones d'ischémies en Périphérie.

• **Œil Gauche :**

- - Rétinographie couleur : Nombreux microanévrysmes et hémorragies en tâche disséminées au pôle postérieur ainsi que dans les 4 quadrants. Exsudats circinées en temporal . Atrophie choriorétinienne.

• Clichés injectés :

Nombreux microanévrysmes qui s'allument durant la séquence, les lésions prédominent dans les quadrants nasal et inférieur  
Présence d' AMIR avec points de fuite.

➤ **Conclusion :**

ODG : Rétinopathie diabétique non proliférante sévère

Dr SAMI BENASSIL  
Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid

Établissement:  
Service:  
Adresse:  
Médecin opérant:

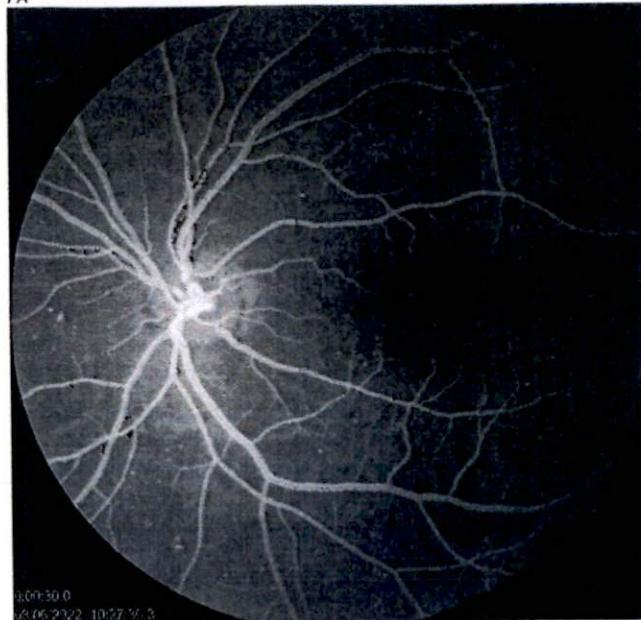
HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID  
OPHTALMOLOGIE  
CASABLANCA MAROC

Patient:  
Date de naissance:  
Patient No.:

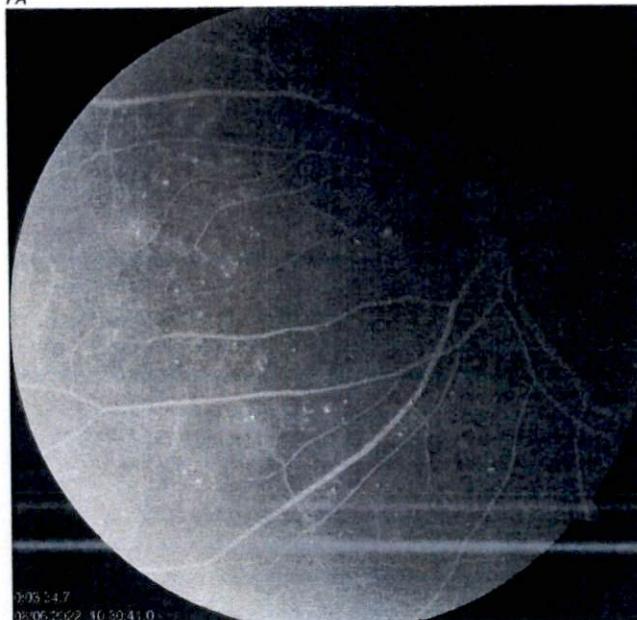
ASSIL, ALLAL  
01/06/1956



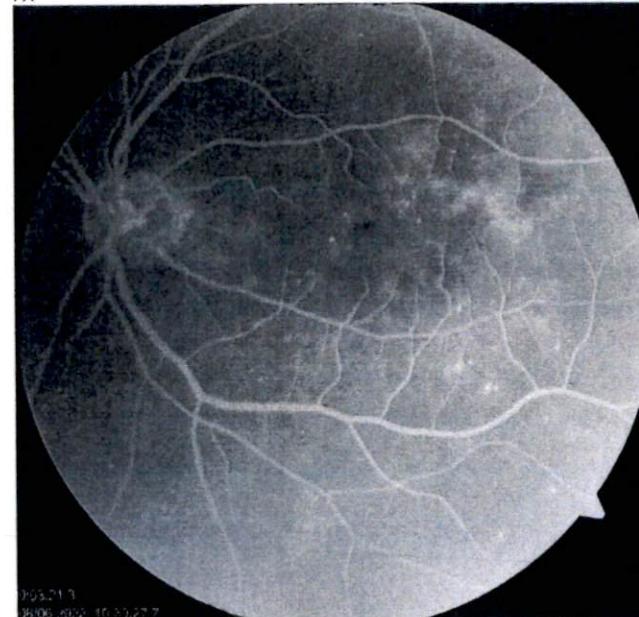
FA 0:30.0 OS 45° 08/06/2022  
FA



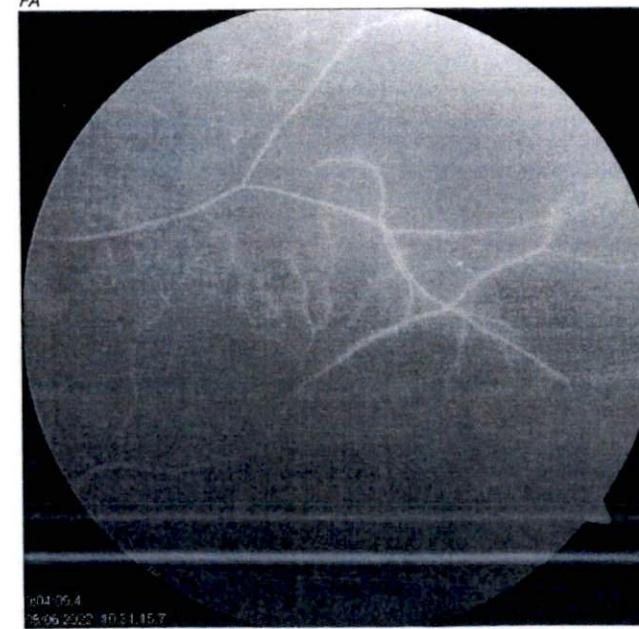
FA 3:34.7 4/5 OS 45° 08/06/2022  
FA



FA 3:21.3 3/5 OS 45° 08/06/2022  
FA



FA 4:09.4 3/5 OS 45° 08/06/2022  
FA



Établissement:  
Service:  
Adresse:  
Médecin opérant:

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID  
OPHTALMOLOGIE  
CASABLANCA MAROC

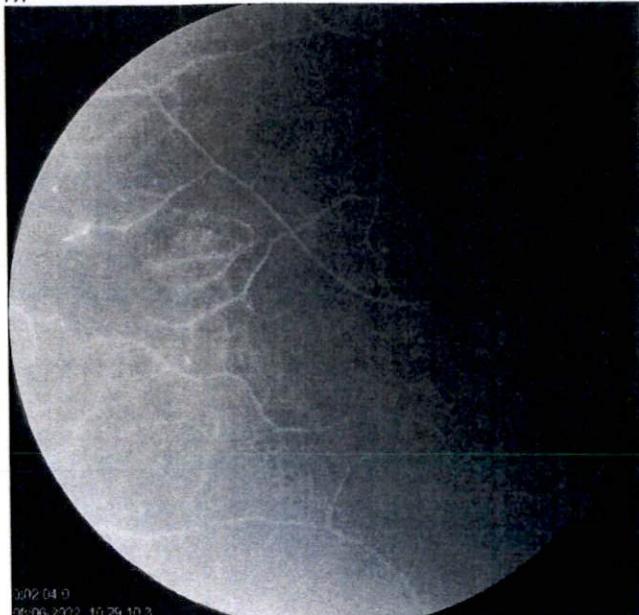
Patient:  
Date de naissance:  
Patient No.:

ASSIL, ALLAL  
01/06/1956



FA 2:04.0 4/5 OD 45° 08/06/2022

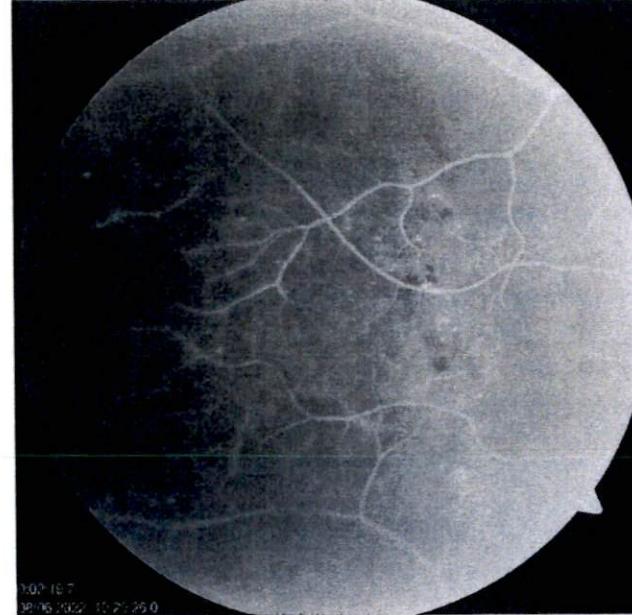
FA



0:02:04.0  
08/06/2022 10:29:10.3

FA 2:19.7 1/5 OD 45° 08/06/2022

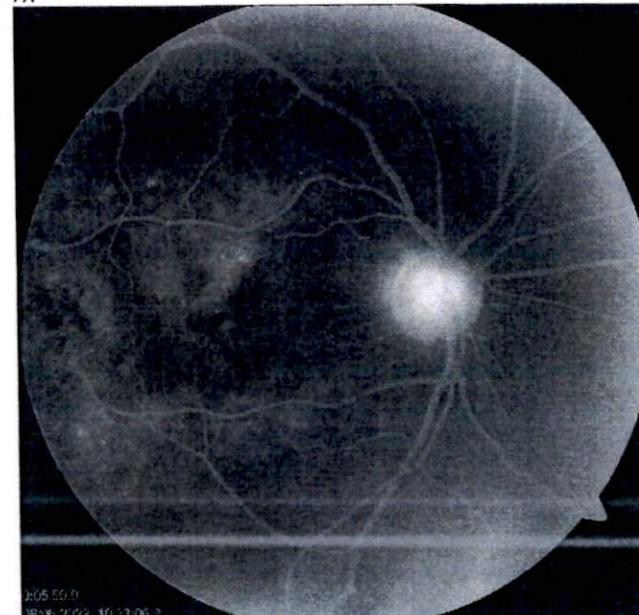
FA



0:02:19.7  
08/06/2022 10:29:26.0

FA 5:59.9 OD 45° 08/06/2022

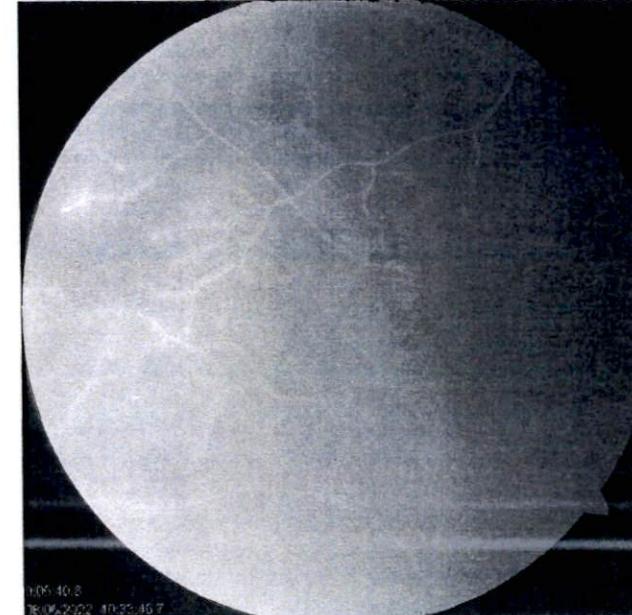
FA



0:05:59.9  
08/06/2022 10:33:09.2

FA 6:40.3 OD 45° 08/06/2022

FA



0:06:40.3  
08/06/2022 10:33:46.7

Établissement:  
Service:  
Adresse:  
Médecin opérant:

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID  
OPHTALMOLOGIE  
CASABLANCA MAROC

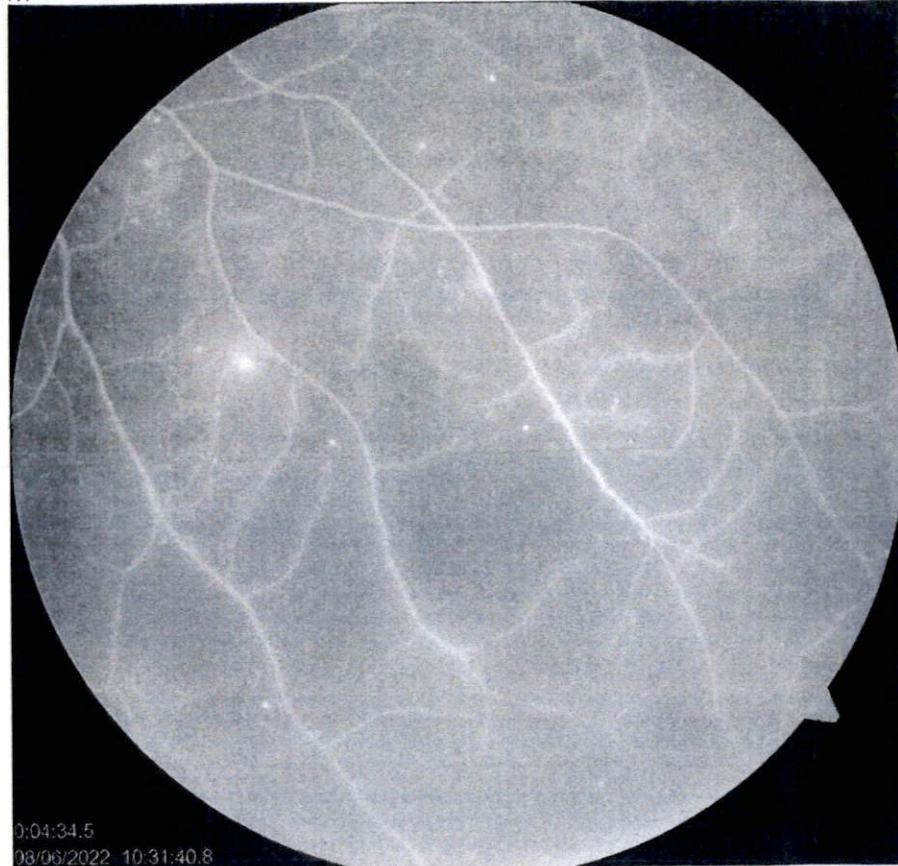
Patient:  
Date de naissance:  
Patient No.:

ASSIL, ALLAL  
01/06/1956



FA 4:34.5 1/5 OS 45° 08/06/2022

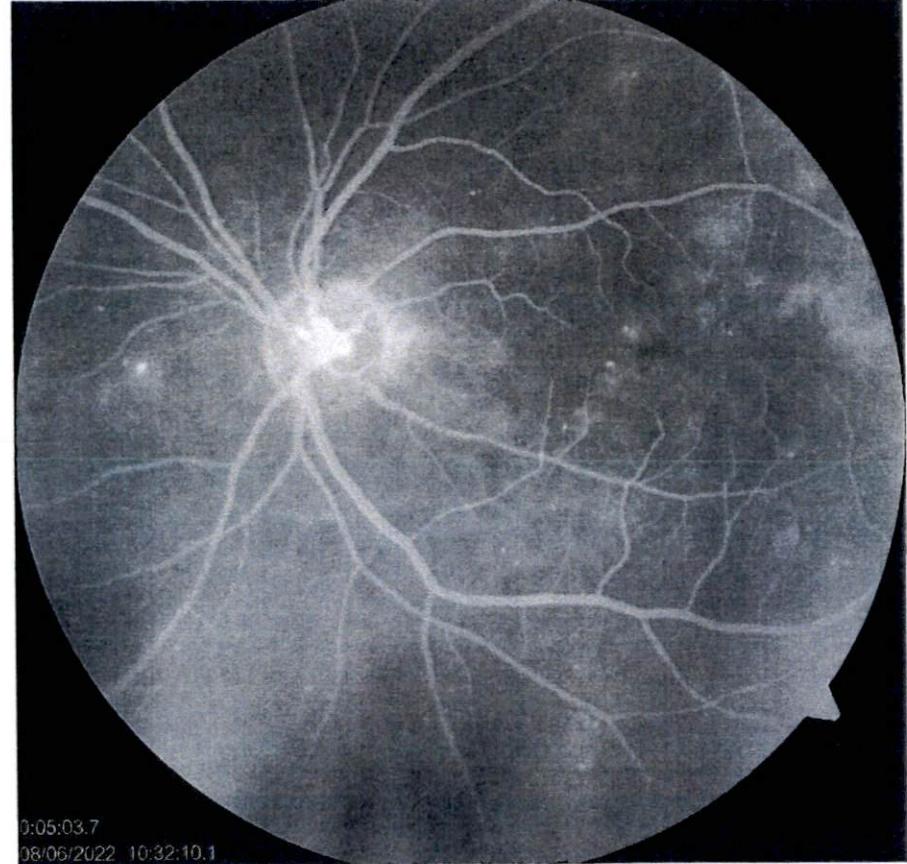
FA



0:04:34.5  
08/06/2022 10:31:40.8

FA 5:03.7 4/5 OS 45° 08/06/2022

FA



0:05:03.7  
08/06/2022 10:32:10.1

Établissement:  
Service:  
Adresse:  
Médecin opérant:

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID  
OPHTALMOLOGIE  
CASABLANCA MAROC

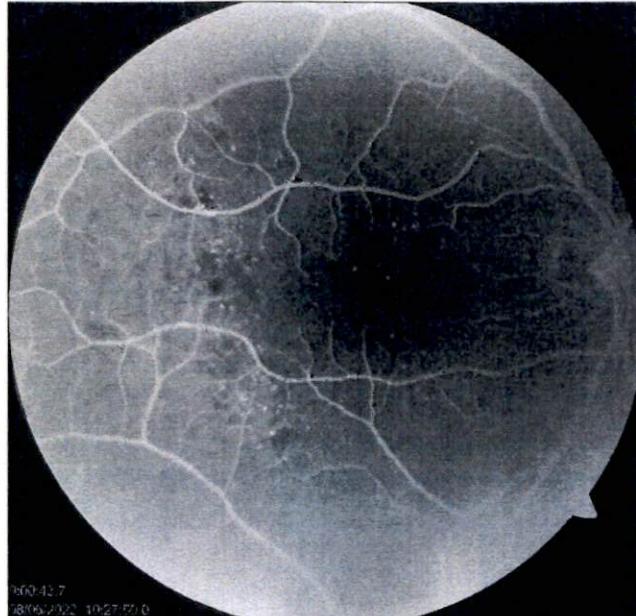
Patient:  
Date de naissance:  
Patient No.:

ASSIL, ALLAL  
01/06/1956



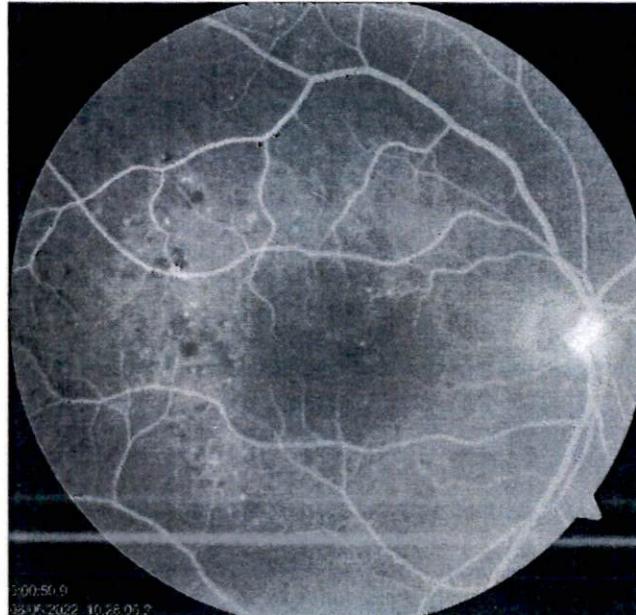
FA 0:43.7 OD 45° 08/06/2022

FA



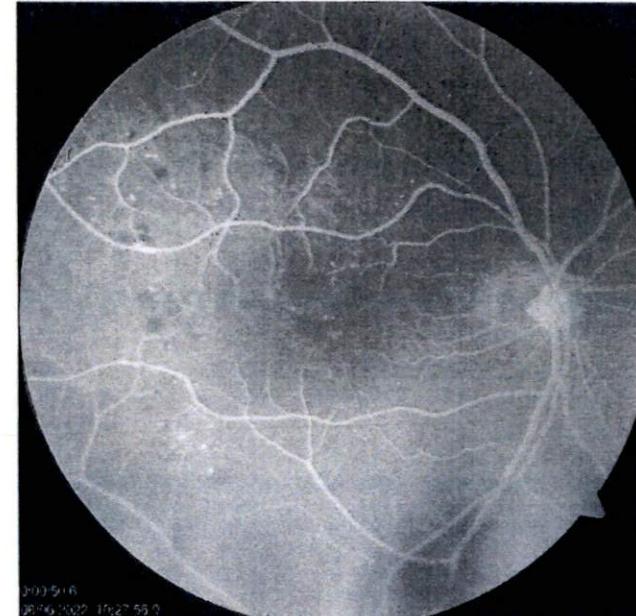
FA 0:59.9 OD 45° 08/06/2022

FA



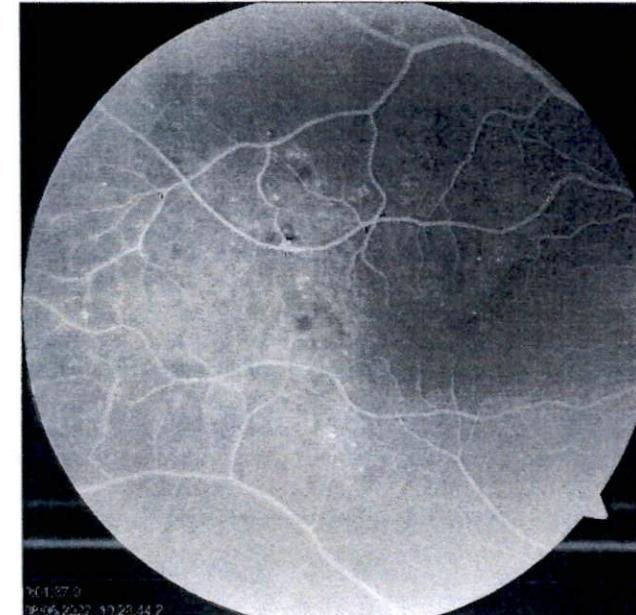
FA 0:50.6 OD 45° 08/06/2022

FA



FA 1:37.9 1/5 OD 45° 08/06/2022

FA



Établissement:  
Service:  
Adresse:  
Médecin opérant:

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID  
OPHTALMOLOGIE  
CASABLANCA MAROC

Patient:  
Date de naissance:  
Patient No.:

ASSIL, ALLAL  
01/06/1956



Couleur OS 45° 08/06/2022  
Color



Couleur OD 45° 08/06/2022  
Color



Couleur OD 45° 08/06/2022  
Color

