

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 canaux, 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 canaux.

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



Déclaration de Maladie

N° W21-711240

123592

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 001696 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ASSIL Allal
 Date de naissance : 01-06-1956
 Adresse : CMM OULFA Lot ELBARA n°44/2/p1
 Tél. : 0661693366 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 08/06/2022
 Nom et prénom du malade : ALLAL Assil Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie :
 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 : 17/07/2022
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

RELEVÉ 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
25.05.2012		1	2000	INP : 10240711030

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	01/06/2012	Analyses	2000

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																					
				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 <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H		H																							
25533412	21433552																								
00000000	00000000																								
D		G																							
00000000	00000000																								
35533411	11433553																								
B																									
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur . Hamid FARAH

Ophtalmologiste

**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



الدكتور . حميد فراح

أخصائي أمراض و جراحة العيون

جلالة - ضغط العين - الحول

مسالك الدموع - انجيوكرافيا

الليزر - العدسات الاصقة

جراحة عيوب البصر

طبيب العيون سابقا بمستشفى 20 غشت

طبيب العيون سابقا بمستشفى مولاي يوسف

25 MAI 2002

Casablanca, Le

الدار البيضاء في

Assir Alloul

*est évolutif
RD.*

Aguef ym rent

Dr. Hamid Farah
Ophtalmologiste
Rue 50 N°3
EL OULFA - CASABLANCA
Tél.: 05 22 93 29 91
Fax: 05 29 03 53 45
E-mail: contact@elchik.ma
N° 09006513852

Dr. Hamid Farah
Ophtalmologiste
Rue 50 N°3
EL OULFA - CASABLANCA
Tél.: 05 22 93 29 91
Fax: 05 29 03 53 45



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 08/06/2022

0681277

Quittance - Paiement espèces

IPP :

N° D'admission : Montant : 10000

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
PRESTATIONS INTERNES				
ANGIOGRAPHIE À LA FLUOROSCEINE NUMERIQUE	1,00		1 000,00	1 000,00
			Sous-Total	1 000,00
Total Frais Clinique				1 000,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

MILLE DIRHAMS

Total

1 000,00

Encaissements					Total encaissé	Solde
						1 000,00

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
77
E-mail: contact@hck.ma
N° 090061862

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®

• **Oeil Droit :**

•

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

• **Oeil Gauche :**

•

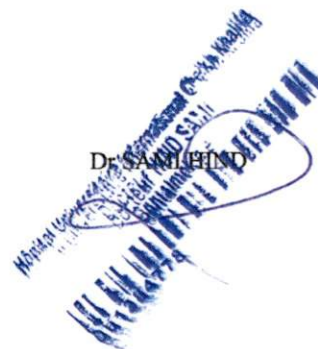
- Rétinographie couleur : Nombreux microanévrismes et hémorragies en tâche disséminées au pôle postérieur ainsi que dans les 4 quadrants. Exsudats circinées en temporal . Atrophie chorioretinienne.

• **Clichés injectés :**

Nombreux microanévrismes 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. SAMIR EL HACHIMI
Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Casablanca

Établissement:
Service:
Adresse:
Médecin opérant:

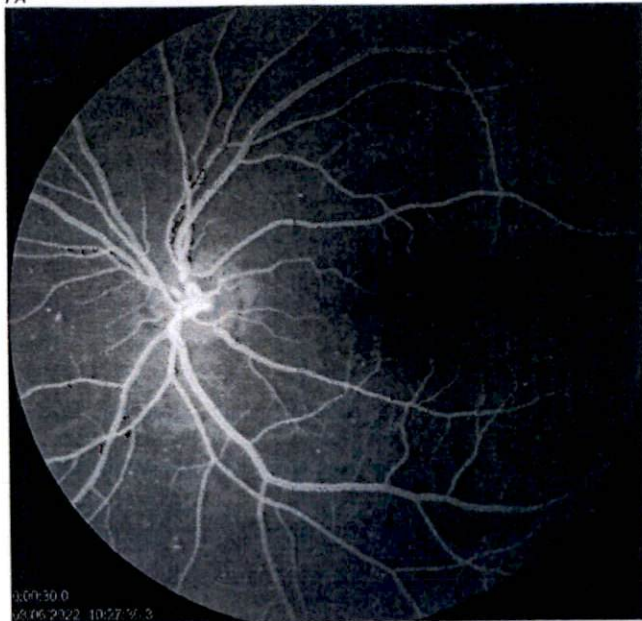
HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID
OPHTALMOLOGIE
CASABLANCA MAROC

Patient:
Date de naissance:
Patient No.:

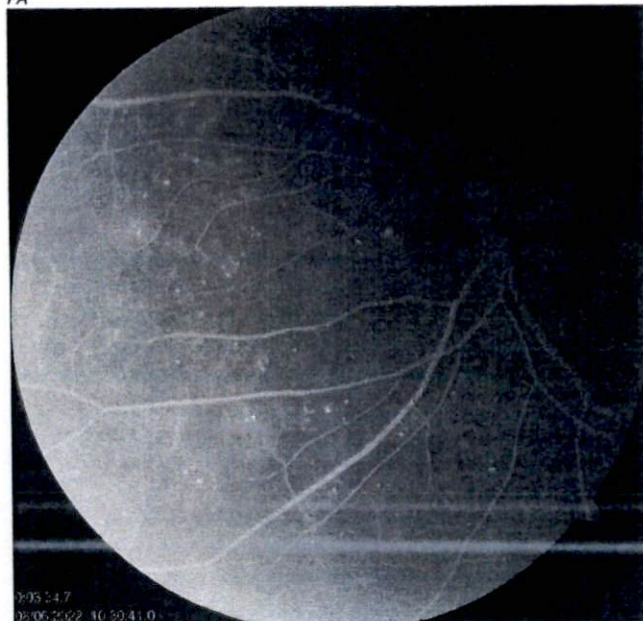
ASSIL, ALLAL
01/06/1956



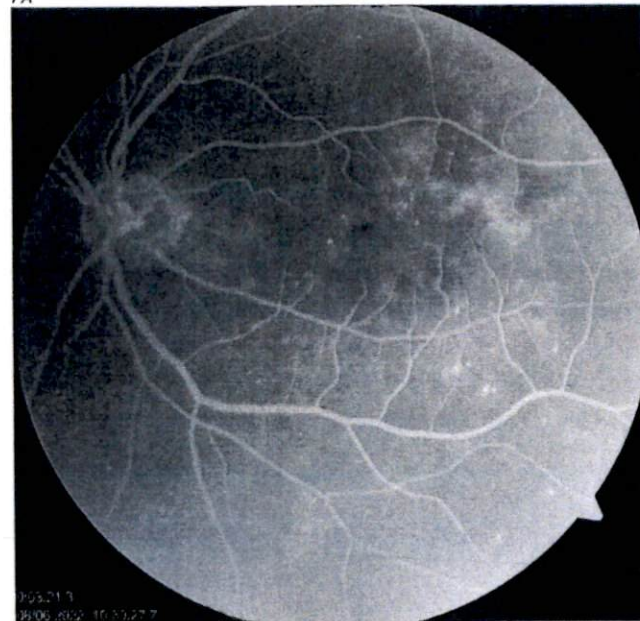
FA 0:30.0 OS 45° 08/06/2022
FA



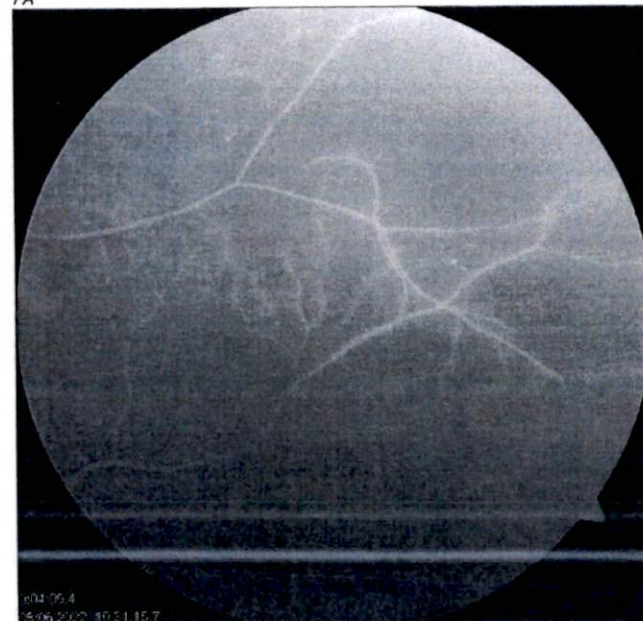
FA 3:34.7 4/5 OS 45° 08/06/2022
FA



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:

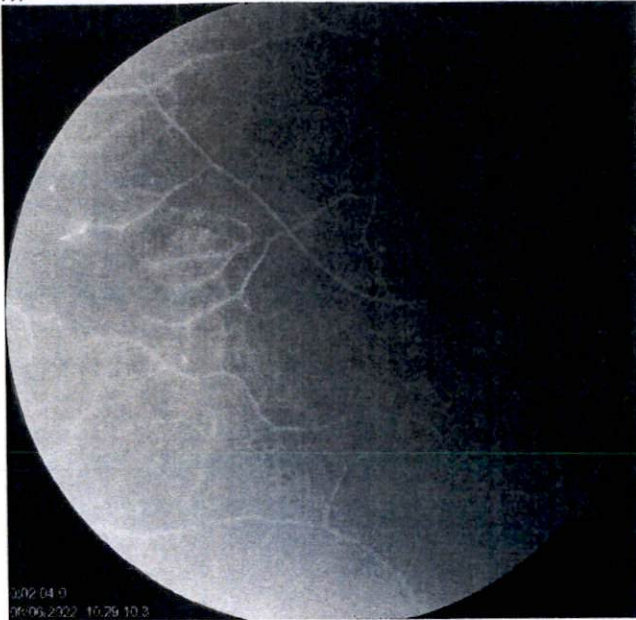
HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID
OPHTALMOLOGIE
CASABLANCA MAROC

Patient:
Date de naissance:
Patient No.:

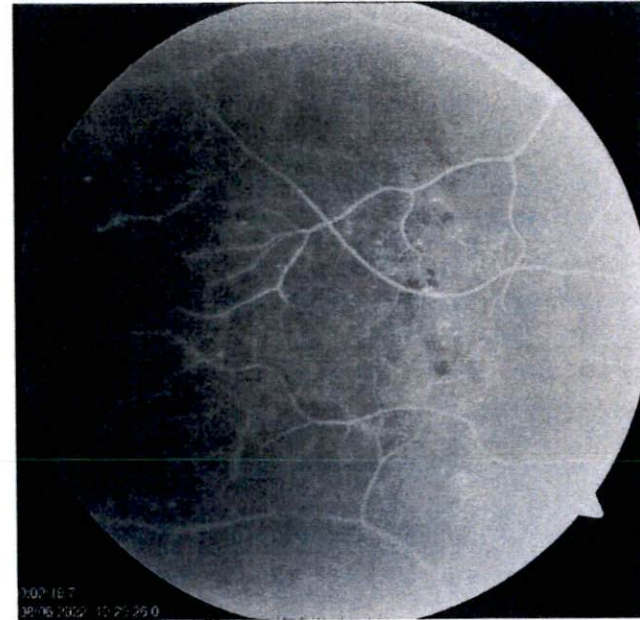
ASSIL, ALLAL
01/06/1956



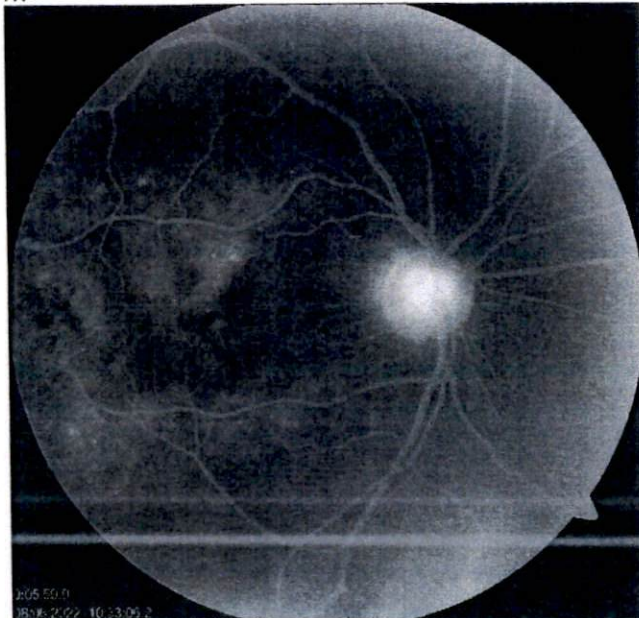
FA 2:04.0 4/5 OD 45° 08/06/2022
FA



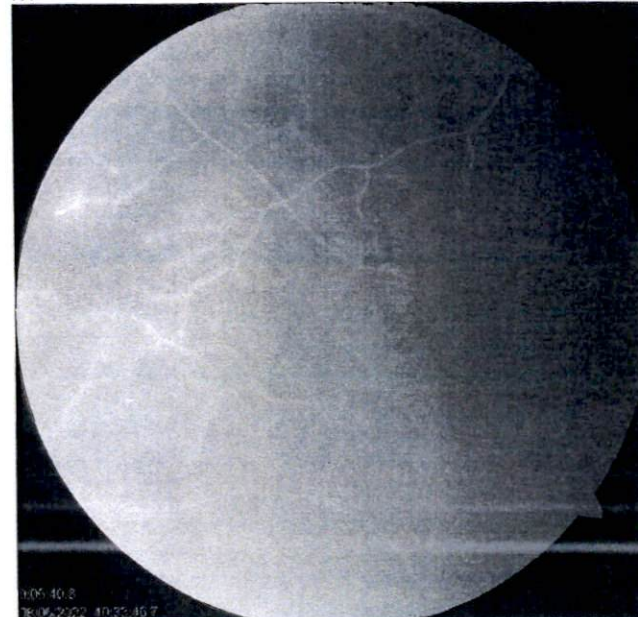
FA 2:19.7 1/5 OD 45° 08/06/2022
FA



FA 5:59.9 OD 45° 08/06/2022
FA



FA 6:40.3 OD 45° 08/06/2022
FA



Établissement:
Service:
Adresse:
Médecin opérant:

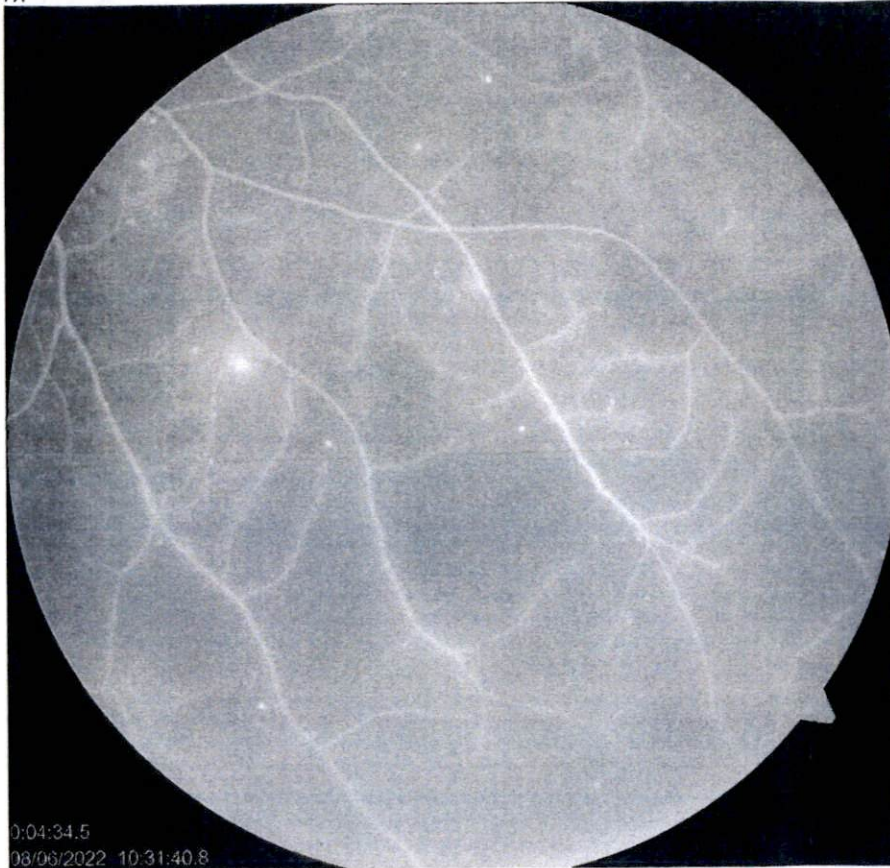
HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID
OPHTALMOLOGIE
CASABLANCA MAROC

Patient:
Date de naissance:
Patient No.:

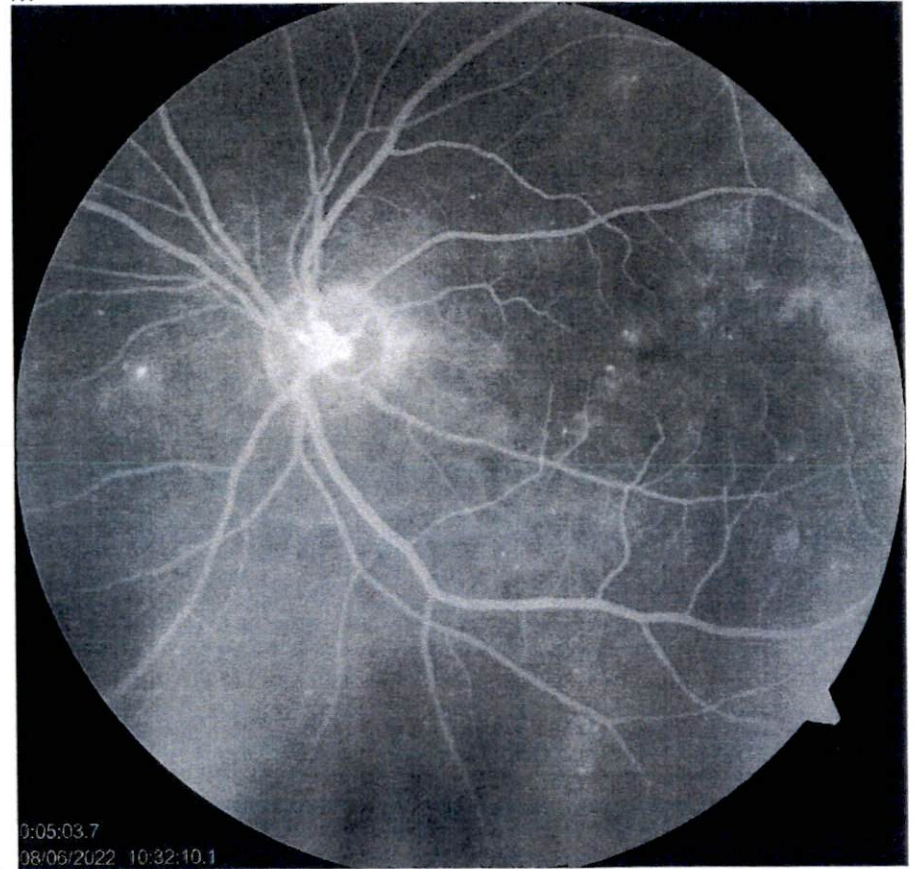
ASSIL, ALLAL
01/06/1956



FA 4:34.5 1/5 OS 45° 08/06/2022
FA



FA 5:03.7 4/5 OS 45° 08/06/2022
FA



Établissement:
Service:
Adresse:
Médecin opérant:

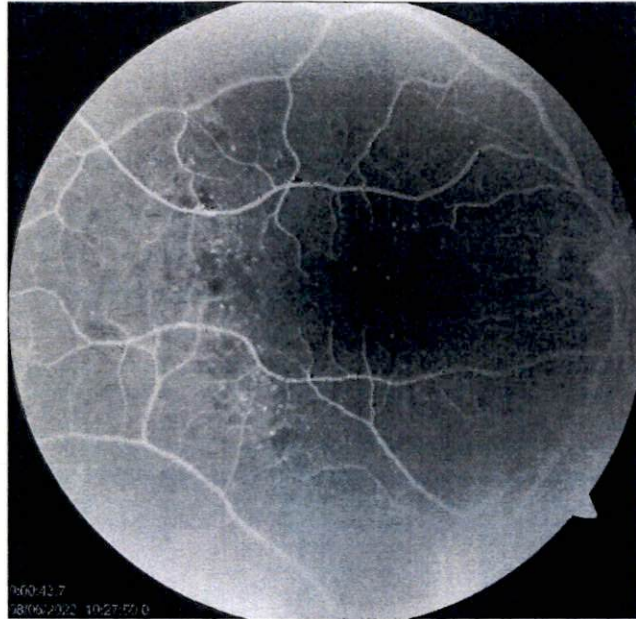
HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID
OPHTALMOLOGIE
CASABLANCA MAROC

Patient:
Date de naissance:
Patient No.:

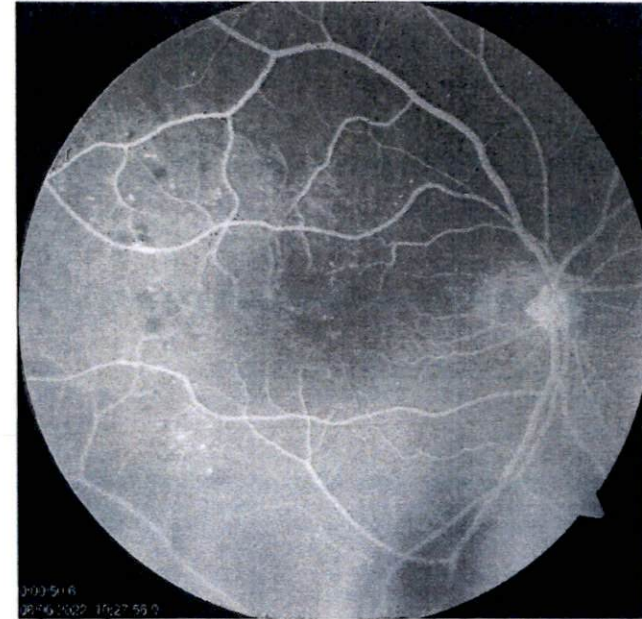
ASSIL, ALLAL
01/06/1956



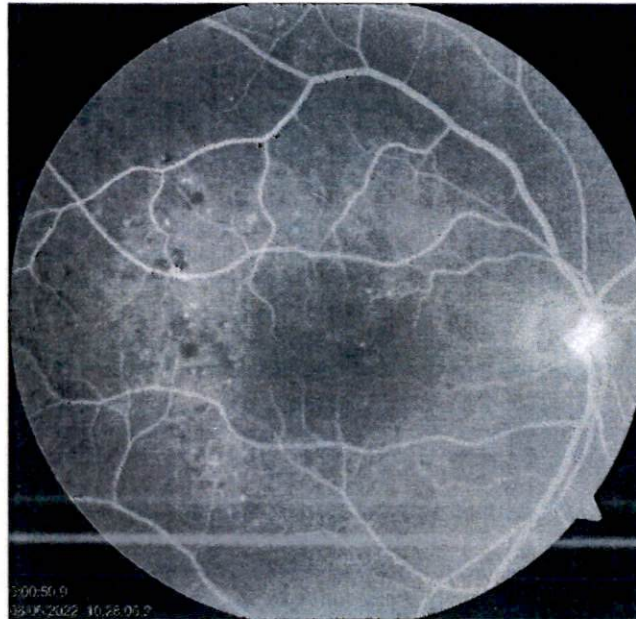
FA 0:43.7 OD 45° 08/06/2022
FA



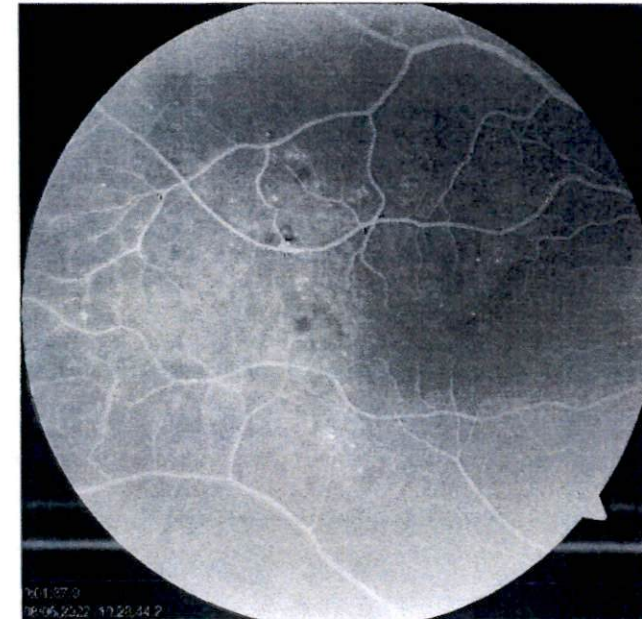
FA 0:50.6 OD 45° 08/06/2022
FA



FA 0:59.9 OD 45° 08/06/2022
FA



FA 1:37.9 1/5 OD 45° 08/06/2022
FA



Établissement:
Service:
Adresse:
Médecin opérant:

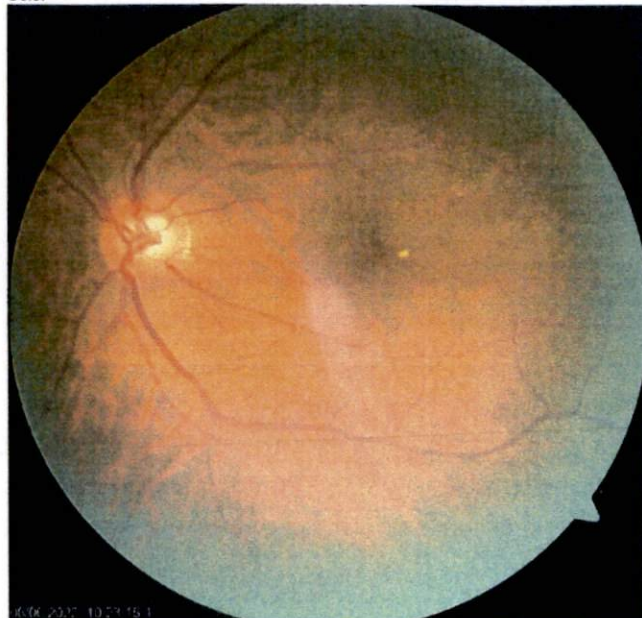
HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID
OPHTALMOLOGIE
CASABLANCA MAROC

Patient:
Date de naissance:
Patient No.:

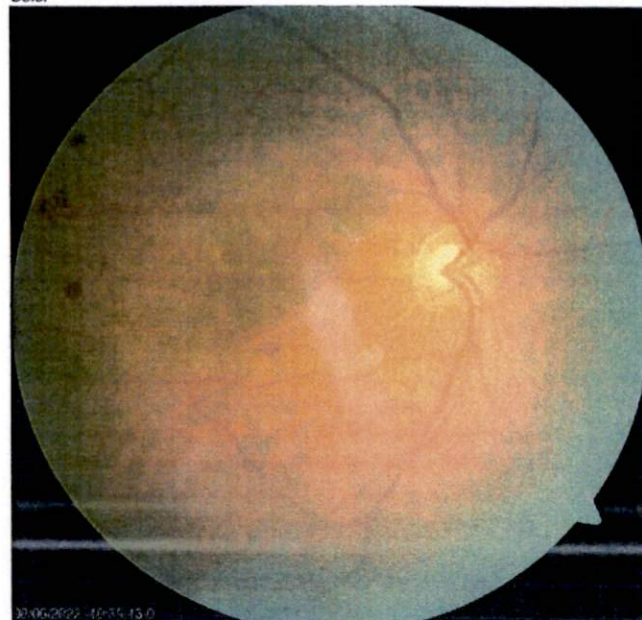
ASSIL, ALLAL
01/06/1956



Couleur OS 45° 08/06/2022
Color



Couleur OD 45° 08/06/2022
Color



Couleur OD 45° 08/06/2022
Color

