

## 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.

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° W21-682700

126422

|   |                                       |                                  |                                 |
|---|---------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie   | <input type="checkbox"/> Dentaire     | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e)  |                                       |                                  |                                 |
| Matricule : 10356   |                                       | Société : RAM                    |                                 |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif   | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : |                                 |
| Nom & Prénom : ERRI AÏ CHI - RACHID   |                                       |                                  |                                 |
| Date de naissance : 30 - 01 - 1965  |                                       |                                  |                                 |
| Adresse : LOT EZZOUBIR RUE 11 N° 289 Appart 1<br>OULFA CASA   |                                       |                                  |                                 |
| Tél. : 06 61 78 76 31 Total des frais engagés : Dhs   |                                       |                                  |                                 |
| Cadre réservé au Médecin  |                                       |                                  |                                 |
| Cachet du médecin : Dr. Abdelhak BOUHTA   |                                       |                                  |                                 |
| Date de consultation : 18 AOUT 2021   |                                       |                                  |                                 |
| Nom et prénom du malade : ENNAFETI RACHID   |                                       |                                  |                                 |
| Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant   |                                       |                                  |                                 |
| Nature de la maladie : R. myopathie clébétique  |                                       |                                  |                                 |
| 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. |                                       |                                  |                                 |

Autorisation CNDP N° : K-A-215/2019

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

DR. ABDELHAK BOUHTA

### 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   |
|-----------------|---------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 22/7/22         | K.80                | 100000                | INP : <input type="text"/>      | Dr. Abdelhak BOUCHTA<br>Oftalmologue<br>10, Rue Allal Ben Abdallah 1 <sup>er</sup> Etage<br>Casablanca<br>Tel: 05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72 |
| 7/22            | lame de laser Argon |                       |                                 |  |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

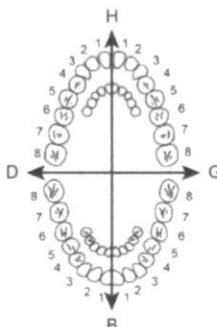
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

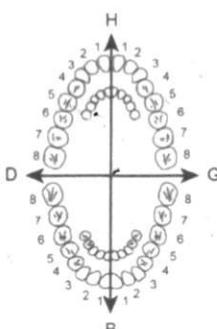
| Cachet et signature du Particulier | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|------------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                    |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                    |                |        |    |    |    |                                 |
|                                    |                |        |    |    |    |                                 |
|                                    |                |        |    |    |    |                                 |
|                                    |                |        |    |    |    |                                 |

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

|          |          |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |
| B        | G        |

### [Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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

## **Compte rendu angiographie rétinienne:**

27/07/2022

PATIENT :Mr. ERRIACHI Rachid

Age : 57 ans

## Œil droit:

Rétinophoto et cliché anérythre: signes de RD, hémorragies en taches sur les 4 quadrants avec hémorragie intra-vitréenne

quadrante  
Papille: rose

Arbre vasculaire: d'apparence normale

#### Après injection de la fluorescéine:

Dynamique circulatoire: pas de retard de remplissage

Rôle postérieur: diffusion de la fluoresceine en temporal

Périmétrie rétinienne: ischémie rétinienne périphérique avec néovaisseaux

--> RDP compliquée d'hémorragie intra vitréenne

### Œil gauche:

Rétinophoto et cliché anérythre: signes de RD, hémorragies en taches sur les 4 quadrants

quadrants  
Papille: rose

Papille: rose  
Arbre vasculaire: d'apparence normale

Après injection de la fluorescéine:

### Dynamique circulatoire: pas de retard de remplissage

Pôle postérieur: diffusion de la fluoresceine en temporal

Périmétrie rétinienne: ischémie rétinienne périphérique avec néovaisseaux

Peripheral  
--> RDP

INPE 090068914

# DOCTEUR ABDELHAK BOUCHTA

SPÉCIALISTE DES MALADIES ET CHIRURGIE DES YEUX

STRABOLOGIE - LENTILLES DE CONTACT - LASER - ANGIOGRAPHIE  
MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTALMOLOGIE

70, Rue Allal Ben Abdellah - 1er Etage - Casablanca  
Tél.: 05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72

# الدكتور عبد الحق بوشة

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

طب العين - عدسة الاتصال - الليزر - أنجيوجرافيا  
عضو الجمعية الفرنسية لأمراض العيون

70, زنقة علال بن عبد الله - الطابق الأول - الدار البيضاء  
الهاتف : 05 22 74 33 45 / 05 22 47 14 72

Casablanca, le ..... 27/7/22 ..... الدار البيضاء، في

## Honoraires

Reçu de Mr

CRM/ATCHI RACHID

La somme de

1000, 00 M

Pour

1 séance de laser Argon au  
niveau du l'œil droit pour  
rhinophalange droite -

(

Cacher - signature

Dr. Abdelhak BOUCHTA  
Ophtalmologiste  
70, Rue Allal Ben Abdellah 1er Etage  
Casablanca  
Tél : 05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72