

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M22- N° 003047

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 53138 Société : 143275
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : MATINE S. ELIAN
Date de naissance : 08/11/1957
Adresse : 201 Kungo - n° 34 Rue
Tél. : 06 58 57 56 32 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dra. Sónia Viver Oller
N° de Col. : 36.638

Date de consultation : 3.05.2022
Nom et prénom du malade : PEDRO ALVARO M. Age : 65
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : CRONICA Y EVOLUTIVA
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
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 : Le : 3 / 05 / 2022
Signature de l'adhérent(e) :

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
03/10/22			402 €	

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

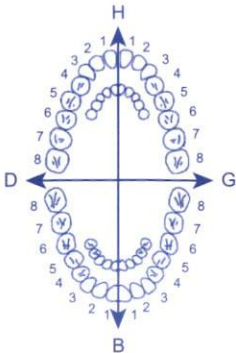
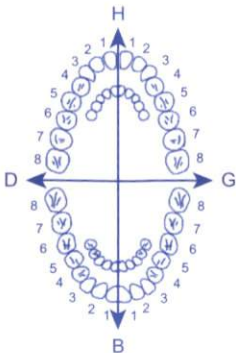
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX													
				MONTANTS DES SOINS													
				DEBUT D'EXECUTION													
				FIN D'EXECUTION													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	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



FACTURA

Nº Factura FP2233120
Fecha factura 03/10/2022

Paciente MATINE, SOUAD
Nº HC 1263355

MATINE, SOUAD
COS 52 1º 2ª DERECHA
08241, Manresa - ESPAÑA
CIF/NIF: GL6246738

DRA. MARTÍNEZ GRAU, AINHOA
DRA. VIVER OLLER, SONIA

Fecha	Código	Descripción	Un	Precio	IVA	Total
03/10/22	51001	EXAMEN FUNCIONAL	1	54,00	0%	54,00
03/10/22	52034	TOMOGRAFIA DE COHERENCIA (OCT)	1	163,00	0%	163,00
03/10/22	50001	HONORARIOS MEDICOS - PRIMERA VISITA	1	185,00	0%	185,00



Base IVA	%IVA	Cuda	Resumen	
402,00 €	0%	0,00 €	Total Importe:	402,00 €
			Total IVA:	0,00 €
			Total FACTURA:	402,00 €

Condiciones de pago

€

Uso a cuenta 400,00€

Cobrado Efectivo 2,00€

Cuenta bancaria: IBAN ES18-2100-0863-27-0200304333

Sus datos se han incorporado en un fichero llamado BDGACOB titularidad del Centro de Oftalmología Barraquer en la finalidad de dar cumplimiento a la relación contractual que mantiene con el centro y para enviarle información de nuestras actividades y/o servicios. Sus datos pueden ser cedidos a entidades públicas o privadas para dar cumplimiento a las obligaciones legales o contractuales adquiridas. Para el ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, oposición cancelación, pueden dirigirse a través de los siguientes medios: Dirección Postal: Muntaner 314. 08021. Barcelona. Dirección electrónica: lopdcob@barraquer.com. Teléfono: 93.209.531.

Operación exenta por aplicación del art. 20 de la Ley 37/1992, del IVA

INSCRITA EN EL RM DE BARCELONA, T. 20001, F. 001, H. B-1 I.1ª

Pág 1

CENTRO DE OFTALMOLOGÍA BARRAQUER
C/Muntaner 314
08021 Barcelona (Spain)
CIF A59082321

TEL (+34) 932 095 311
FAX (+34) 932 002 469
EMAIL info@barraquer.com
www.barraquer.com

Cuidamos tus ojos



Sra. Dña.
MATINE, SOUAD
COS 52 1º 2ª DERECHA
08241 - Manresa
(Barcelona)

Sra. Dña. MATINE, SOUAD,

Le remitimos el certificado médico solicitado.

Quedando a su entera disposición para cualquier duda o consulta.

Atentamente,

Fdo.: Secretaria de DRA. VIVER OLLER, SONIA

CERTIFICACIÓN MÉDICA

CERTIFICA:

Que el 3 de octubre de 2022 en la historia clínica nº 1263355 de MATINE, SOUAD, de 64 años de edad, con DNI GL6246738, constan los siguientes datos:

>> El paciente acudió a nuestro centro el día **3 de octubre de 2022** para revisión de su estado ocular.

DONDERS

	AVSC	Eje	Cilindro	Esfera	AVCC	VM	VP
OD	0.03!	0	-2.00	+3.00	0.07!		+6.00 R- 0
OI	0.2!	165	-1.75	+3.00	0.5		+6.00 R- 0.64 N

METAMORFOPSIA

OD: No acusa

OI: No acusa

Responsable de la visita: **DRA. MARTÍNEZ GRAU, AINHOA**

MOTIVO DE LA VISITA

Ve mal de OD, solo ve por arriba o por abajo, no ve por el centro.

Ve por alrededor pero negro en centro, fue a un médico en Marruecos, Ene I infomre OD Deprendimiento seroso exudativo e6 inyecciones de AVASTIN 8Mayo 2021) , OI drusas confluentes con depreson foveal sin líquido. Por OCT desaptcan hacer tto por el momento.

Acude por opinón de retina

PRESIÓN INTRAOCULAR

Presión Intraocular OD: 12 mm.Hg

Presión Intraocular OI: 12 mm.Hg

SEGMENTO ANTERIOR

OJO DERECHO

Conjuntiva: Sana

Córnea: Brillante y transparente con fluo (-)

Cámara Anterior: Grado III

Periferia: Camerular mediana

Iris: Sano

Pupila: Negra central y redonda con buen reflejo foto-motor

OJO IZQUIERDO

Conjuntiva: Sana

Córnea: Brillante y transparente con fluo (-)

Cámara Anterior: Grado III

Periferia: Camerular mediana

Iris: Sano

Pupila: Negra central y redonda con buen reflejo foto-motor

TRATAMIENTO

OCT macular AO
DRA XXXI

Responsable de la visita: DRA. VIVER OLLER, SONIA

MOTIVO DE LA VISITA

Control retina
OD- Tratada con inyección OD

SEGMENTO ANTERIOR

OJO DERECHO

OJO IZQUIERDO

SEGMENTO POSTERIOR

OJO DERECHO

Papila: De buen color y bordes nítidos
Mácula: Fibrosis macular con exudación crónica que afecta todo el polo posterior

Árbol Vascular: Sin alteraciones de calibre ni trayecto

Retina Periférica: Bien aplicada

Vitreo: Sin anomalías

OJO IZQUIERDO

Papila: De buen color y bordes nítidos
Mácula: Drusas
Desprendimiento de epitelio pigmentado drusenoide

Alteración del epitelio pigmentado

No hay fluido ni hemorragias

Árbol Vascular: Sin alteraciones de calibre ni trayecto

Retina Periférica: Bien aplicada

Vitreo: Sin anomalías

PRUEBAS REALIZADAS

OJO DERECHO

OCT-Macular: Fibrosis
Fluido intraretiniano y subretiniano +++

OJO IZQUIERDO

OCT-Macular: Desprendimiento de epitelio pigmentario drusenoide
Puntos hiperreflectivos
Fluido

TRATAMIENTO

Valorar FILTROS SELECTIVOS según corrección óptica +/- AYUDAS VISUALES

OBSERVACIONES

Revisión cada 3 meses + OCT macular



Y para que así conste y a petición del interesado, firmo la presente certificación en Barcelona, a 3 de octubre de 2022.

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.