

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03327 Société : D.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : El Aissaoui

En mostazf

Date de naissance : 01/07/62

Adresse : HABITATION

Tél. 0656249632

Total des frais engagés : 3000,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

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 : Casab

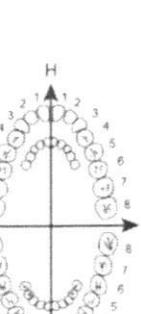
Le : 09/02/23

Signature de l'adhérent(e) :

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																					
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées (Leave blank if no teeth treated)	Nature des Soins (Leave blank if no treatment)	Coefficient (Leave blank if no treatment)	INP : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																	
				Coefficient des travaux <input type="text"/>																	
				Montants des soins <input type="text"/>																	
				Début d'exécution <input type="text"/>																	
				Fin d'exécution <input type="text"/>																	
				ODF PROTHÉSES DENTAIRES 	DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
					<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> <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> <td></td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	D		35533411	11433553	B		
					H	25533412	21433552														
					D	00000000	00000000														
					D		35533411	11433553													
B																					
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Therapeutique, nécessaire à la profession																					
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																					
Coefficient des travaux <input type="text"/>																					
Montants des soins <input type="text"/>																					
Date du devis <input type="text"/>																					
Date de l'exécution <input type="text"/>																					
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																					
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION																					

**CENTRE DES MALADIES
ET CHIRURGIE DES YEUX**

Al Qods California

Dr Hanane MAZZOUZ

Ophthalmologiste

Diplômée de chirurgie de la cataracte,
chirurgie réfractive et Lasers de
l'université Victor Segalen de Bordeaux
Diplôme de surface oculaire
de l'université François Rabelais, Tours
Chirurgie des voies lacrymales
Adaptation des lentilles de contact souples et rigides
Membre de la société française d'ophtalmologie



مركز طب وجراحة العيون

(القدس كاليفورنيا)

الدكتورة حنان مزوز

(احصائية في امراض وجراحة العيون)

دبلوم جراحة الجلاة والليزر

وتقدير البصر من جامعة فيكتور سكالين ببوردو

العدسات الصلبة والبلة

جراحة مجاري الدم

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض وجراحة العيون

06/02/2023

Correspondants : Dr Yahia Kettani , Dr Rokaya Benboubker , radiologues
Radiologie Ghandi 285 Bd Ghandi

Patient (e) : Monsieur CHATOUANI PRENOM)

Date de naissance : 01/07/1962

Renseignements cliniques : Glaucome asymétrique ++ (OG +++)

Examens demandés : IRM crâno orbitaire , à la recherche
d'une compression sur le trajet du nerf optique gauche),
ci joint le champ visuel .

Dr MAZZOUZ Hanane
OPHTHALMOLOGISTE
611 Bd Al Qods - Casablanca
Tél: 0522 77 45 45
Tél: 0522 52 25 26

Tél : 0 522 522 526 - GSM: 07 70 85 14 88

511 شارع القدس، إقامة القدس كاليفورنيا، الطابق الثاني - الدار البيضاء

511, Bd Al Qods, Résidence Al Qods Californie, 2nd étage - Casablanca

E-mail: ophtalmomazzouz@gmail.com - ICE: 001649317000074 - CNSS: 5874476 - INPE: 091166421

Dr. Yahia KETTANI

SPECIALISTE EN RADIOLOGIE
DIU IMAGERIE MAXILLO-FACIALE

Dr. Rokia BENBOUBKER

SPECIALISTE EN RADIOLOGIE

IRM 1,5 T - Scanner 16 Barrettes - Echographie 3D/4D - Doppler Couleur - Radiologie Numérisée
Mammographie Numérisée - Radiologie Dentaire - Ostéo-Densitométrie - Radiologie Interventionnelle

Facture

N° :627/2023

Casablanca, le 07/02/2023

Nom patient : **CHATOUANI EL MOSTAFA**

Examen(s) réalisé(s) :

IRM CRANIO-ORBITAIRE

Montant : **trois mille (3000 dh)**

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
TROIS MILLE DH

REGLEMENT : ESPECES

*Radio
282, Bd Ghandi, Casablanca
Tél: 05 22 77 45 45*

Dr. Yahia KETTANI

SPECIALISTE EN RADIOLOGIE
DIU IMAGERIE MAXILLO-FACIALE

Dr. Rokia BENBOUBKER

SPECIALISTE EN RADIOLOGIE

IRM 1,5 T - Scanner 16 Barrettes - Echographie 3D/4D - Doppler Couleur - Radiologie Numérisée
Mammographie Numérisée - Radiologie Dentaire - Ostéo-Densitométrie - Radiologie Interventionnelle

Patient : CHATOUANI EL MOSTAFA

Casablanca, le 07/02/2023

Prescripteur : Dr MAZZOUZ HANANE

IRM CRANIO-ORBITAIRE

INDICATION : Glaucome asymétrique.

TECHNIQUE : Séquence sagittale T1 et coronale T2.

Séquences axiales T2, FLAIR, T2 écho de gradient et diffusion.

Séquence axiale et coronale T2FS et T1FS+C sur les orbites.

Injection de Gadolinium en T1 3D.

RESULTAT :

- Présence de quelques hypersignaux T2 et Flair punctiformes et nodulaires au niveau de la substance blanche sus tentorielle avec discrète leucoaréose péri ventriculaire.
- Présence d'une petite lacune ischémique séquellaire avec gliose adjacente au niveau du corps calleux à la jonction genou-corps.
- Absence de lésion ischémique récente sur la séquence de diffusion.
- Absence de stigmate de micro saignement sur la séquence T2*.
- Absence d'anomalie de prise de contraste.
- Ligne médiane en place.
- Absence d'anomalie sellaire ou supra sellaire.
- Système ventriculaire d'aspect normal.
- Fosse cérébrale postérieure d'aspect normal avec ptose des amygdales cérébelleuses au niveau du trou occipital.
- Cisternes de la base libres.
- Les 2 nerfs optiques sont atrophiques sans anomalie de signal ni prise de contraste anomale.
- Globes oculaires, muscles oculomoteurs et graisse orbitaires d'aspect normal au niveau des 2 orbites.
- A noter un épaississement muqueux du fond du sinus maxillaire gauche.

CONCLUSION :

- Atrophie bilatérale des nerfs optiques sans anomalie de signal ni compression extrinsèque.
- Petite lacune ischémique séquellaire du corps calleux associée à quelques lésions démyélinisantes sus tentorielles d'origine vasculaire probable.
- A noter une sinusite chronique maxillaire gauche.

YAHIA KETTANI
Concilialement
DR. YAHIA KETTANI
Radiologue
INPE: 01280329