

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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.



Déclaration de Maladie

Nº M21- 0015979

151791

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3627

Société :

Actif  Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : CHIKHARII NAHDI

Date de naissance : 12 - 5 - 59

Adresse : Habituelle

Tél. : 0668316343

Total des frais engagés : 1572,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01 Janv 2023

Nom et prénom du malade : ATMANIE PHASSANIA Age:

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : affection canalaire

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 : 07/01/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : AA-A215 / 2019

## Adresses Mails utiles

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

# 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 IBAO MAHA City Office Lutèce Tél 05 22 91 13 38 Fax 05 22 73 75 99 22 GSM 06 78 75 19 22
7 Janv 2023			300 m	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	7/01/23	272.40

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	25/01/23 OCT	1000.00	

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

# 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	
				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

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

[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 Maha IRAQI**

**Ophtalmologiste**

Ex. Interne au CHU Ibn Rochd  
Ex. médecin à l'Hôpital Al Hassani  
Diplôme d'OCT en Ophtalmologie  
Diplôme de Chirurgie Réfractive  
et de Phacoémulsification à l'Université de Toulouse

Diplômé d'Oeil et Médecine Interne  
et de Neuro-Ophtalmologie  
Diplôme de Contactologie à l'Université de Bordeaux

**الدكتورة عراقى مها**

**اختصاصية في طب و جراحة العيون**



طبيبة داخلية سابقا بالمركز

الإستشفائي ابن رشد

طبيبة سابقا بمستشفى الحسني

Casablanca, le .....

**07 janvier 2023**

**Mme ATMANI El Hassania**

99.00

**1/ RELAXIUM B6 300 mg**

1 gélule le soir

52.90 P 2

2/ Allegro mod

28.80 P 2 108

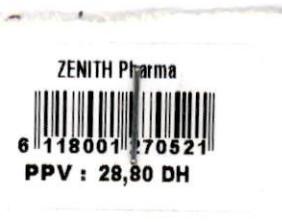
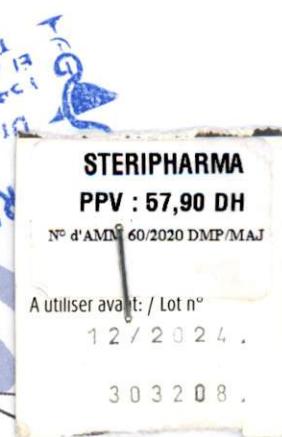
3/ Azeleoc

3/

08

105 - 3/

9,72.45



Dr. IRAQI MAHA  
Ophtalmologiste  
City Office Lottissement Missimi  
Tél: 05 22 91 13 38  
GSM: 06 78 75 89 89

سيتي أوفيس - شارع واد لو - حي مسيمي - الطابق الثالث - مكتب س 6 - (مقابل مرجان الحي الحسني) - الدار البيضاء  
City Office - Bd. Oued Laou - Quartier Missimi - 3 ème Etage - Bureau C6 - (en face Marjane Hay Hassani) - Casablanca  
Tél : 05 22 91 13 38 - GSM : 06 78 75 89 89 - الـهـاتـف : البريد الإلكتروني : iraqimaha@yahoo.fr

# Docteur Maha IRAQI

## · Ophtalmologiste

Ex. Interne au CHU Ibn Rochd  
Ex. médecin à l'Hôpital Al Hassani  
Diplôme d'OCT en Ophtalmologie  
Diplôme de Chirurgie Réfractive  
et de Phacoémulsification à l'Université  
de Toulouse  
Diplômé d'Oeil et Médecine Interne  
et de Neuro-Ophtalmologie  
Diplôme de Contactologie à l'Université  
de Bordeaux



الدكتورة عراقى مها

اختصاصية في طب و جراحة العيون

طبيبة داخلية سابقا بالمركز

الإستشفائي ابن رشد

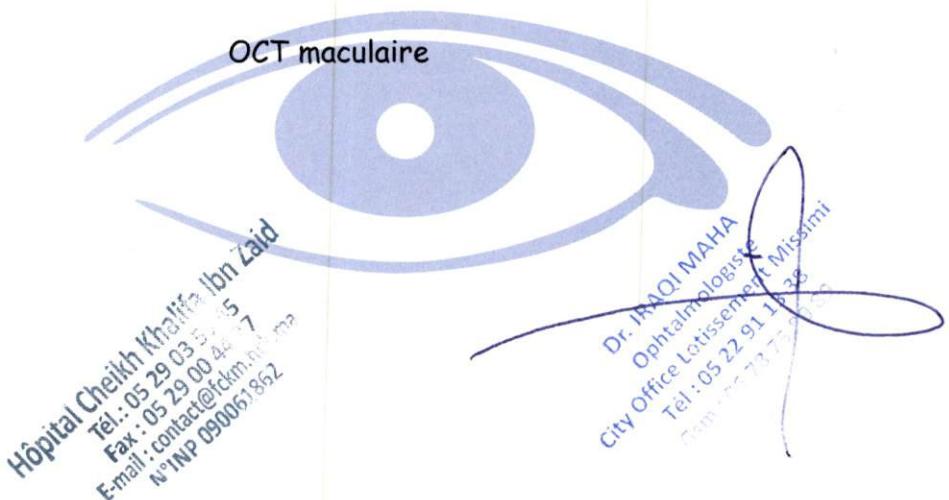
طبيبة سابقا بمستشفى الحسني

Casablanca, le .....

07 janvier 2023

Mme ATMANI El Hassania

Scotome central OG



Casablanca, le 25 Fevrier 2023

Compte Rendu OCT maculaire et papillaire

**Mme. Elhassania Atmani**

- Appareil : 3D OCT-2000 (Ver.8.11) de Topcon®

**OCT maculaire:**

• OD :

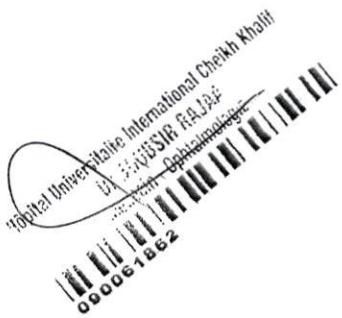
- Bonne qualité de signal
- Pas d'anomalie de l'interface vitréo-rétinienne
- Architecture conservée des couches rétiniennes internes et externes
- Ligne IS/OS et couche des photorécepteurs conservée
- Entonnoir fovéolaire d'aspect normal
- Plan de l'épithélium régulier
- Mapping maculaire : ECM =229 µm

• OG :

- Bonne qualité de signal
- Pas d'anomalie de l'interface vitréo-rétinienne
- Architecture conservée des couches rétiniennes internes et externes
- Ligne IS/OS et couche des photorécepteurs conservée
- Entonnoir fovéolaire d'aspect normal
- Plan de l'épithélium régulier Mapping maculaire : ECM normal = 225 µm

**CONCLUSION :**

- Oct maculaire normal



ID : 2300645596

Name : ELHASSANIA ATMANI

Ethnicity :

Gender : Female

DOB : 29/04/1966 Age : 56

Technician :

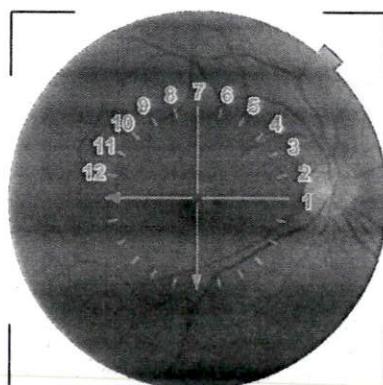
Fixation : OD(R) Macula / OS(L) Macula

Scan : Radial(6,0mm - 1024 x 12)

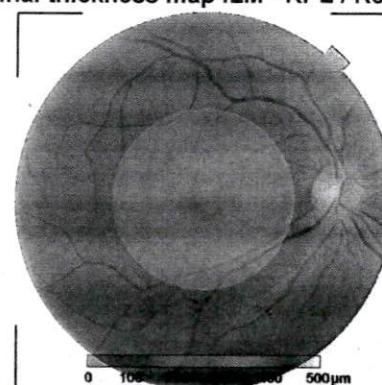
OD(R)

Image Quality : **30** mode : Fine(1.1.0)  
Capture Date : 25/02/2023

OS(L)

Image Quality : **37** mode : Fine(1.1.0)  
Capture Date : 25/02/2023

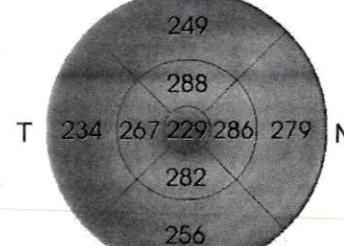
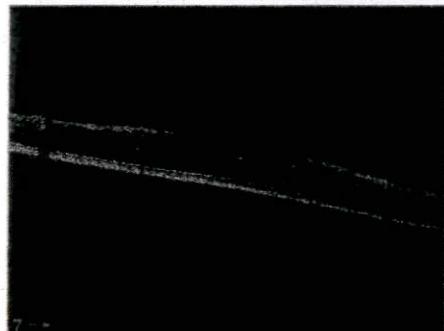
Retinal thickness map ILM - RPE / Red-free



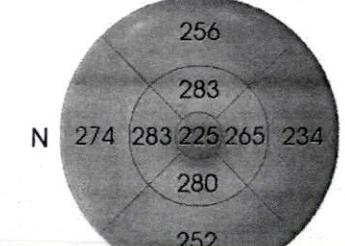
Retinal thickness map ILM - RPE / Red-free

Retinal thickness ILM - RPE ( $\mu\text{m}$ )

ETDRS

Average Thickness ( $\mu\text{m}$ ) **259,8**Retinal thickness ILM - RPE ( $\mu\text{m}$ )

ETDRS

Average Thickness ( $\mu\text{m}$ ) **258,6**

Signature :

Date :

Comments :

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 28 859 / 2023 du 25/02/2023

Nom patient : **ATMANI EL HASSANIA**

Entrée 25/02/2023

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 25/02/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
OCT MACULAIRE	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	<b>Total</b>	<b>1 000,00</b>

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

Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Tel: 05 29 03 53 45  
Fax: 05 29 08 44 11  
e-mail: facture@ckm.dz  
006186