

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 ALP :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.



Déclaration de Maladie

N° M21- 0015979

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3627 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : RETRAITE
Nom & Prénom : CHIKHARMI NABID
Date de naissance : 12-5-59
Adresse : Habituelle
Tél. : 0668316343 Total des frais engagés : 1572,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Dr. IRAQI MAHA
Ophtalmologiste
City Office Lotissement Missimi
Tel : 05 22 91 13 38
Date de consultation : 07 Janv 2023
Nom et prénom du malade : ATMANZE PIASSANEA Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Affection oculaire
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) :

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

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
7 Janv 2023			3000	City Office L'Essentiel Tél 05 22 91 13 38 Gsm : 06 78 71 99 99

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/01/23	272.40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	25/02/23 OCT		1000.00

AUXILIAIRES MEDICAUX

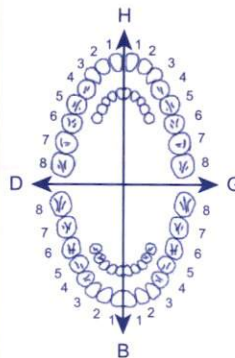
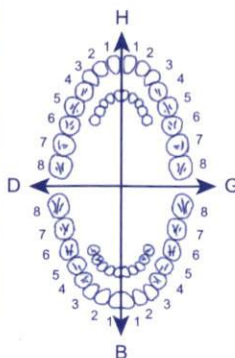
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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															
				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 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 <input type="text"/>	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																

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 عراقي مها

إختصاصية في طب و جراحة العيون

طبيبة داخلية سابقا بالمركز

الإستشفائي ابن رشد

طبيبة سابقا بمستشفى الحسنى

Casablanca, le

07 janvier 2023

Mme ATMANI El Hassania

1/ RELAXIUM B6 300 mg

1 gélule le soir

2/ Allergomod

Ardelec

STERIPHARMA

PPV : 57,90 DH

N° d'AMM 60/2020 DMP/MAJ

A utiliser avant : / Lot n°

12 / 2024

303208

ZENITH Pharma



6 118001 270521

PPV : 28,80 DH

Dr. IRAQI MAHA
Ophtalmologiste

City Office Lotissement Missimi
Tél : 05 22 91 13 38
Gsm : 06 78 75 89 89

سبتي أوفيس - شارع واد لو - حي مسيمي - الطابق الثالث - مكتب س 6 - (مقابل مرجان الحى الحسنى) - 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 : الهاتف - GSM : 06 78 75 89 89 : المحمول - E-mail : iraqimaha@yahoo.fr : البريد الإلكتروني

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 عراقي مها

إختصاصية 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

OCT maculaire

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tél.: 05 29 03 52 15
Fax: 05 29 00 42 17
E-mail: contact@ickim.ma
N°INP 090061862

Dr. IRAQI MAHA
Ophtalmologiste
City Office Lotissement Missimi
Tél : 05 22 91 13 38
Fax : 05 22 91 13 38

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 - الهاتف - GSM : 06 78 75 89 89 - المحمول - E-mail : iraqimaha@yahoo.fr - البريد الإلكتروني

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 :

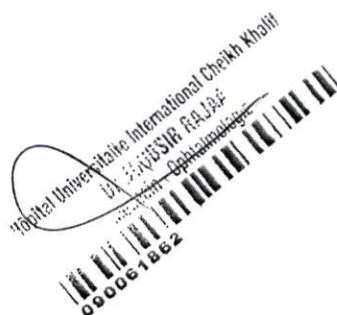
- Bonne qualité de signal
- Pas d'anomalie de l'interface vitréo-rétinienne
- Architecture conservée des couches rétinienne internes et externes
- Ligne IS/OS et couche des photorécepteurs conservée
- Entonnoir fovéolaire d'aspect normal
- Plan de l'épithélium régulier
- Mapping maculaire : ECM =229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

- OG :

- Bonne qualité de signal
- Pas d'anomalie de l'interface vitréo-rétinienne
- Architecture conservée des couches rétinienne 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



Radial Report OU

ID : 2300645596

Name : ELHASSANIA ATMANI

3D OCT-2000(Ver.8.11)

Print Date : 25/02/2023

TOPCON

Ethnicity :
Gender : Female
DOB : 29/04/1966 Age : 56

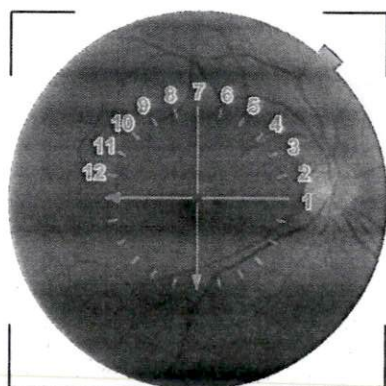
Technician :
Fixation : OD(R) Macula / OS(L) Macula
Scan : Radial(6,0mm - 1024 x 12)

OD(R)

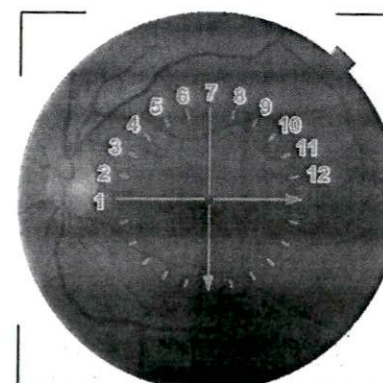
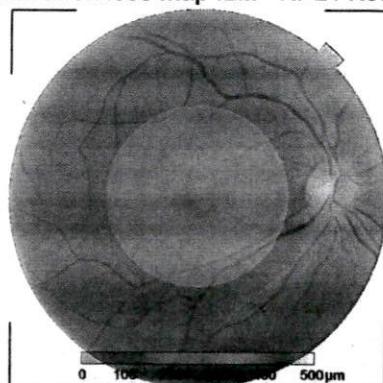
Image Quality : **30** mode : Fine(1.1.0)
Capture Date : 25/02/2023

OS(L)

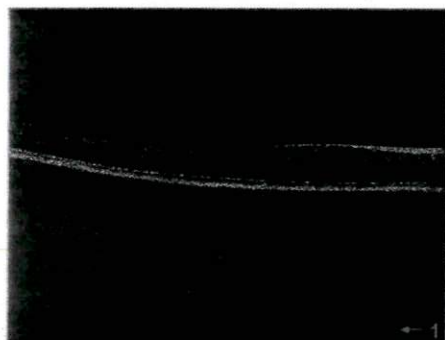
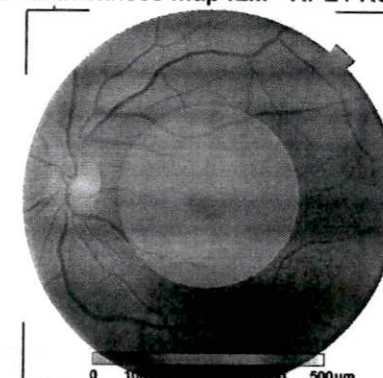
Image Quality : **37** mode : Fine(1.1.0)
Capture Date : 25/02/2023



Retinal thickness map ILM - RPE / Red-free

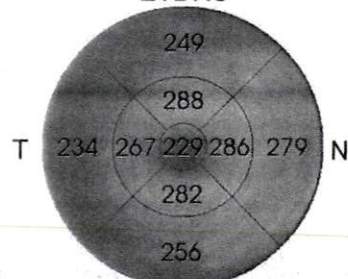


Retinal thickness map ILM - RPE / Red-free

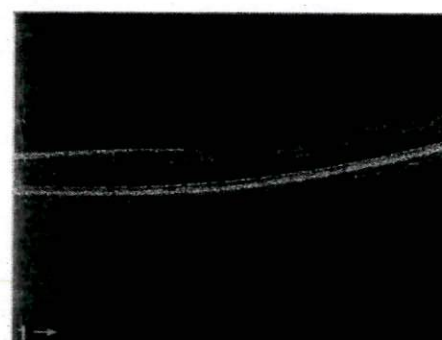


Retinal thickness ILM - RPE (μm)

ETDRS

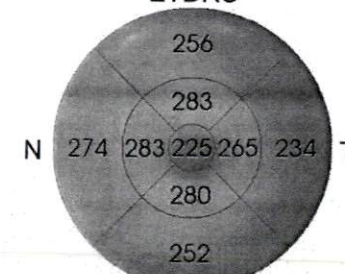


Average Thickness (μm) **259,8**

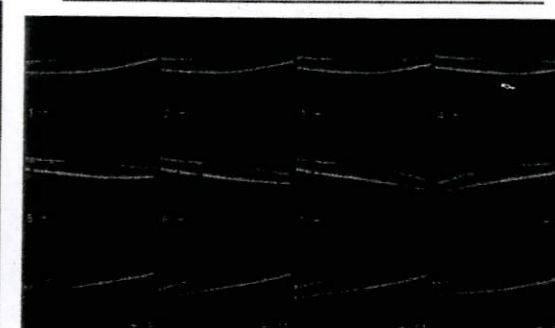
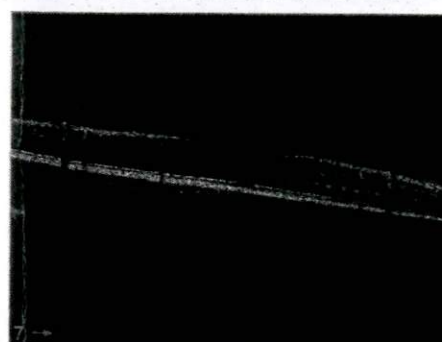
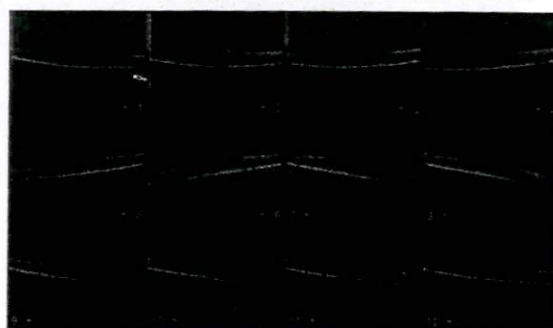
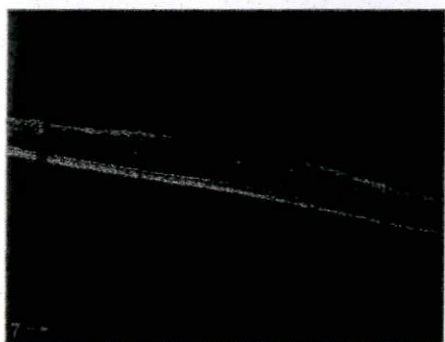


Retinal thickness ILM - RPE (μm)

ETDRS



Average Thickness (μm) **258,6**



Comments :

Signature :

Date :

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	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
Tel: 05 29 03 53 45
Fax: 05 29 00 44 77
Email: hopital@ckm.r
006186