

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.

N° W21-779173

155982

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	1696	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : ASSIL ALLAL			
Date de naissance : 01-06-1956			
Adresse : OULFA lot ESSAFA lot 44 casab			
Tél. : 0661693366		Total des frais engagés : 1000 Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
<p>Cachet du médecin :</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> Docteur Hamid FARAH Ophtalmologiste 1 Oum Errabib Rue 50 N° El Oulfa - CASABLANCA Tel: 05 22 93 29 91 </div>			
Date de consultation :	11-02-2023	Age :	00 MAI 2023
Nom et prénom du malade :		ASSIL ALLAL	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
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.

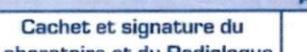
Fait à : 11-02-2023

Le : 11-02-2023

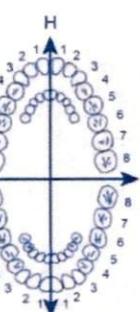
Signature de l'adhérent(e) :



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
<p>Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa Professeur RAZZAK AMINE Professeur Assistant - Ophtalmologiste</p> 	21/02/2023	Angiographie oculaire	100,00迪拉姆

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		AM	PC	IM	IV		

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																						
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 (Rows for selecting treated teeth)	Nature des Soins (Rows for describing treatments)	Coefficient (Rows for coefficient)	INP : <input type="text"/>																		
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX																		
				MONTANTS DES SOINS																		
				DEBUT D'EXECUTION																		
				FIN D'EXECUTION																		
				ODF PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> </table>				H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
					H	G																
					25533412	21433552																
					00000000	00000000																
					D	G																
00000000	00000000																					
35533411	11433553																					
B																						
CCEFFICIENT DES TRAVAUX																						
MONTANTS DES SOINS																						
DATE DU DEVIS																						
DATE DE L'EXECUTION																						
[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 . Hamid FARAH

Ophtalmologiste



الدكتور . حميد فراح

أخصائي أمراض و جراحة العيون

جلالة - ضغط العين - الحول

مسالك الدموع - انجيوكرافيا

الليزر - العدسات الاصقة

جراحة عيوب البصر

طبيب العيون سابقًا بمستشفى 20 غشت

طبيب العيون سابقًا بمستشفى مولاي يوسف

**Spécialiste de la Chirurgie
et des Maladies des Yeux**

Cataracte - Glaucome - Strabisme

Voies Lacrymales - Angiographie

Laser - Lentilles de Contact...

Ancien Médecin Ophtalmologiste à l'hôpital 20 AOÛT

Ancien Médecin Ophtalmologiste à l'hôpital My Youssef

Casablanca, Le

14 FEV. 2023

الدار البيضاء في

Assir Allal

Daclete + Laser ODG

Angiographie a la

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zayd
Tél. : 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 44 77
E-mail : contact@fckm.ma
N°NP 090061862

Dr Hamid FARAH
Ophtalmologiste
Oum Errabbi Rue 50 N
El Oulfa - CASABLANCA
Tél. : 05 22 93 29 91



Date : 24/02/2023

Quittance - Paiement espèces 0752650

IPP :

N° D'admission : 2310648201 Montant : 1000 NB

Patient :

Payé par :

Cachet

SAR.SLA	12:15
Visa accueil	

Date 24/02/2023

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° **28 465** / 2023 du **24/02/2023**

Nom patient : **ASSIL ALLAL**

Entrée **24/02/2023**

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie **24/02/2023**

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
ANGIOGRAPHIE NUMERIQUE EN FLUORESCENCE A	1,00		1 000,00 Sous-Total	1 000,00 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
E-mail: contact@fchm.hck.ma
N°ICE: 001740003000026
N°INP: 090061862

Casablanca, le 24/02/23

Compte Rendu Angiographie rétinienne à la Fluorescéine
Mr. ASSIL ALLAL

Angiographie rétinienne :

Appareil : Rétino Angiographe VISUCAM 500 de Zeiss®

- **Œil Droit**
 - Rétinographie couleur : Exsudats péri-maculaires, vaisseaux d'aspect normal, hémorragies pré-rétiniennes, papille normale.
 - Clichés injectés : Remplissage choroïdien homogène, remplissage vasculaire normal, présence d'un petit néovaisseau en périphérie temporelle, présence de zones d'ischémie périphérique, cicatrices de PPR incomplète.
- **Œil Gauche :**
 - Rétinographie couleur : Exsudats péri-maculaires, vaisseaux d'aspect normal, hémorragies pré-rétiniennes, papille normale.
 - Clichés injectés : Remplissage choroïdien homogène, remplissage vasculaire normal, doute sur un petit néovaisseau en périphérie inférieure, présence de zones d'ischémie périphérique, cicatrices de PPR incomplète.
 -
- **CONCLUSION :** Signes de rétinopathie diabétique proliférante minime à droite et non proliférante sévère à gauche avec œdème maculaire diabétique bilatéral.