

## 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

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



## Déclaration de Maladie

N° W21-779173

159982

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1696 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : ASSIL ALI  
 Date de naissance : 01.06.1956  
 Adresse : OULFA lot EXSFA lot 44 Casablanca  
 Tél. : 0661693366 Total des frais engagés : 1000 DH Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
 Date de consultation : 14-02-2023  
 Nom et prénom du malade : ASSIL ALI  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ 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 : Casablanca Le : 24/02/2023  
 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
14/12/23		1	5	

### 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
Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa Professeur RAZZAK AMINE Professeur Assistant - Ophtalmologie	21/02/2023	Anaélographie orbitaire	1000,00 Dhs

### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

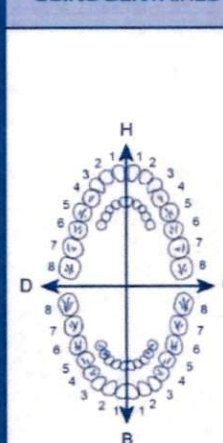
### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

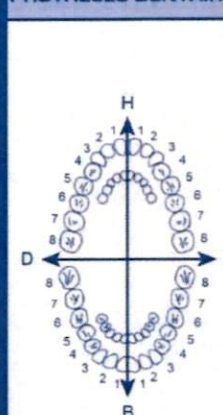
COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

#### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



#### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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

**Docteur . Hamid FARAH**

**Ophthalmologiste**

Spécialiste de la Chirurgie  
et des Maladies des Yeux  
Cataracte - Glaucome - Strabisme  
Voies Lacrymales - Angiographie  
Laser - Lentilles de Contact...

Ancien Médecin Ophthalmologiste à l'hôpital 20 AOÛT

Ancien Médecin Ophthalmologiste à l'hôpital My Youssef



**الدكتور . حميد فراح**

أخصائي أمراض و جراحة العيون

جلالة - ضغط العين - الحول

مسالك الدموع - انجيوجرافيا

الليزر - العدسات اللاصقة

جراحة عيوب البصر

طبيب العيون سابقا بمستشفى 20 غشت

طبيب العيون سابقا بمستشفى مولاي يوسف

Casablanca, Le

14 FEV. 2023

الدار البيضاء في

Assir Allale

Drate + Laser ODG

Angiographie à la

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Lou  
Tél.: 05 29 03 53 45  
Fax.: 05 29 00 44 77  
E-mail: contact@tckm.ma  
Rég.NP 090061862

Dr Hamid FARAH  
Ophthalmologiste

Oum Errabii Rue 50 N°3  
El Oulfa - CASABLANCA  
Tél.: 05 22 93 29 91



HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA  
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 24/02/2023

Quittance - Paiement espèces 0752650

IPP : .....

N° D'admission : 232648201 Montant : 1000 MB

Patient : ASSIL ALI AL

Payé par : COU NOUR

Cachet

Date 24/02/2023

Visa accueil

SAR.SLA 12:15



# 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
PRESTATIONS INTERNES				
ANGIOGRAPHIE NUMERIQUE EN FLUORESCENCE A	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 : contact@hckm.hck.ma  
N° 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®

• **Oeil 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 temporale, présence de zones d'ischémie périphérique, cicatrices de PPR incomplète.

• **Oeil 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.