

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

- | | |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> 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 : 7598

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Mme ANBARI Fatima

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 2441

Total des frais engagés :

100€ + 273,20 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur OLIVIER PRISANT

15 OPHTHALMOLOGIE

CONV. HONO. LIBRES

176 Rue de l'Université - 75007 PARIS

75 1 62904 9 00 3 31 1 15

CAB CONV Z.ISD IK SPE

Date de consultation : 11/07

Nom et prénom du malade : Anbari Fatima

Age:

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 : Le : / /

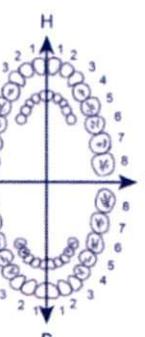
Signature de l'adhérent(e) :



EXÉCUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien et du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
VIDADIS PHARMACEUTIQUE st M'Zouka N° 21 Avenue Habib Sinaceur Casablanca Tél: 0522.94.20.28	10.07.19	237, 20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																							
LIBELLES PATIENT 1 IK PE	SOINS DENTAIRE 	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																		
					Coefficient des travaux																		
					MONTANTS DES SOINS																		
					DÉBUT D'EXÉCUTION																		
					FIN D'EXÉCUTION																		
O.D.F. PROTHÈSES DENTAIRES 	DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX																			
	<table 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;">-</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	-				B	00000000	00000000				35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS	
	H	25533412	21433552																				
	D	00000000	00000000																				
	-																						
	B	00000000	00000000																				
				35533411	11433553																		
	<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																						
				DATE DU DEVIS																			
				DATE DE L'EXÉCUTION																			

Docteur Olivier PRISANT

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Ancien Chef de Clinique à la Faculté

Ancien Praticien à la Fondation Ophtalmologique A. de Rothschild

176, rue de l'Université

75007 PARIS

Rez-de-chaussée

Tél : 01 45 05 23 40

Fax : 01 45 05 23 41

oprasant@gmail.com

CHIRURGIE OCULAIRE
CHIRURGIE DE LA MYOPIE

Paris, le 11/07/2019

Mme Fatima ANBARI

ORDONNANCE DE TRAITEMENT



DEXAFREE

une goutte 2 fois par jour pendant 12 mois dans l'oeil gauche

77,10

x2.

83ex

PHYLARM

A volonté (1 goutte 3 à 6 fois par jour) pendant 12 mois



Docteur OLIVIER PRISANT

WIDAD'S PHARMACIE
Lot. M'Zouka N° 27 Avenue Habib
~~Siraceur~~ Casablanca - Anfa
Tél: 0522.94.20.29

Docteur Olivier PRISANT
*Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Ancien Chef de Clinique à la Faculté
Ancien Praticien à la Fondation Ophthalmologique A. de Rothschild*

176, rue de l'Université
75007 PARIS
Rez-de-chaussée
Tél : 01 45 05 23 40
Fax : 01 45 05 23 41
oprissant@gmail.com

CHIRURGIE OCULAIRE
CHIRURGIE DE LA MYOPIE

Mme Fatima ANBARI

Paris, le 11/07/2019

FACTURE ACQUITTEE

Honoraires perçus : 100 euros

Intervention : Consultation ophtalmologie
BGQP00210a : Fond d'oeil biomicroscopie et verres de contact
BLQP01010b : Examen de la vision binoculaire

Date de l'intervention : 11/07/2019

Docteur PRISANT

Docteur OLIVIER PRISANT
15 OPHTHALMOLOGIE
CONV. HONO. LIBRES
176 Rue de l'Université - 75007 PARIS
75 162904 9 00 3 31 1 15
CAB CONV Z.I.SD SPE

75 162904 9 Membre d'une association de gestion agréée, le règlement des honoraires par chèque est accepté.

Docteur Olivier PRISANT
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Ancien Chef de Clinique à la Faculté
Ancien Praticien à la Fondation Ophtalmologique A. de Rothschild

176, rue de l'Université
75007 PARIS
Rez-de-chaussée
Tél : 01 45 05 23 40
Fax : 01 45 05 23 41
oprisant@gmail.com

CHIRURGIE OCULAIRE
CHIRURGIE DE LA MYOPIE

Paris, le 11/07/2019

DOSSIER : Mme Fatima ANBARI

Né(e) le 11/04/1963

Téléphone: 00212662782392 / / 00212664029893

Adresse : Habite au Maroc

Médecin traitant: Docteur Mohamed CHAHBI 212 663 61 95 65

Module de base

Antécédents : OD : CATA 2017
OG : GAO 2009 - CATA 2012 - DMEK 20/9/18
Distance inter pupil : 62.0

Acte 20 du 11/07/2019 11h57 prat : Dr PRISANT O.

Motif consultation : OG : PO DMEK 9 mois et demi
sent sécheresse ++ et yeux rouges depuis
TT : maxidrol puis dexafree mais ne supporte pas dexafree donc met maxidrol
+ larmes artificielles 3-4/jour
EP
Auxiliaire : oop
Pachymétrie : 520/462
Pachymétrie penta : 540/478
Réfractomètre auto. : +0.50(-2.00)155° / +4.50(-6.00)105°*
Acuité visuelle : +0.50(-1.75)155° =8 / +3.00(-3.50)105° =1.6f *
Acuité sans correct. : 5f / 1.2f
Tonus oculaire : 13/16* à 14h31
Lampe à fente : cornée bien, taie centrale modérée, greffon bien à plat partout (pli du greffon horiz)
Kérato. en mm : 7.82 155°,7.49 65° (7.66) / 7.53 10°,8.15 100° (7.84)
Kérato. en dioptries : 43.25 155°,45.00 65° (-1.75) 155° / 41.50 100°,44.75 10° (-3.25) 100°
Kérato. pentacam : 46/49
Traitement : DEXAFREE: une goutte 2 fois par jour pendant 12 mois dans l'oeil gauche
PHYLARM: A volonté (1 goutte 3 à 6 fois par jour) pendant 12 mois
Image topographie : [1 fichier(s)]
Image OCT : [8 fichier(s)]

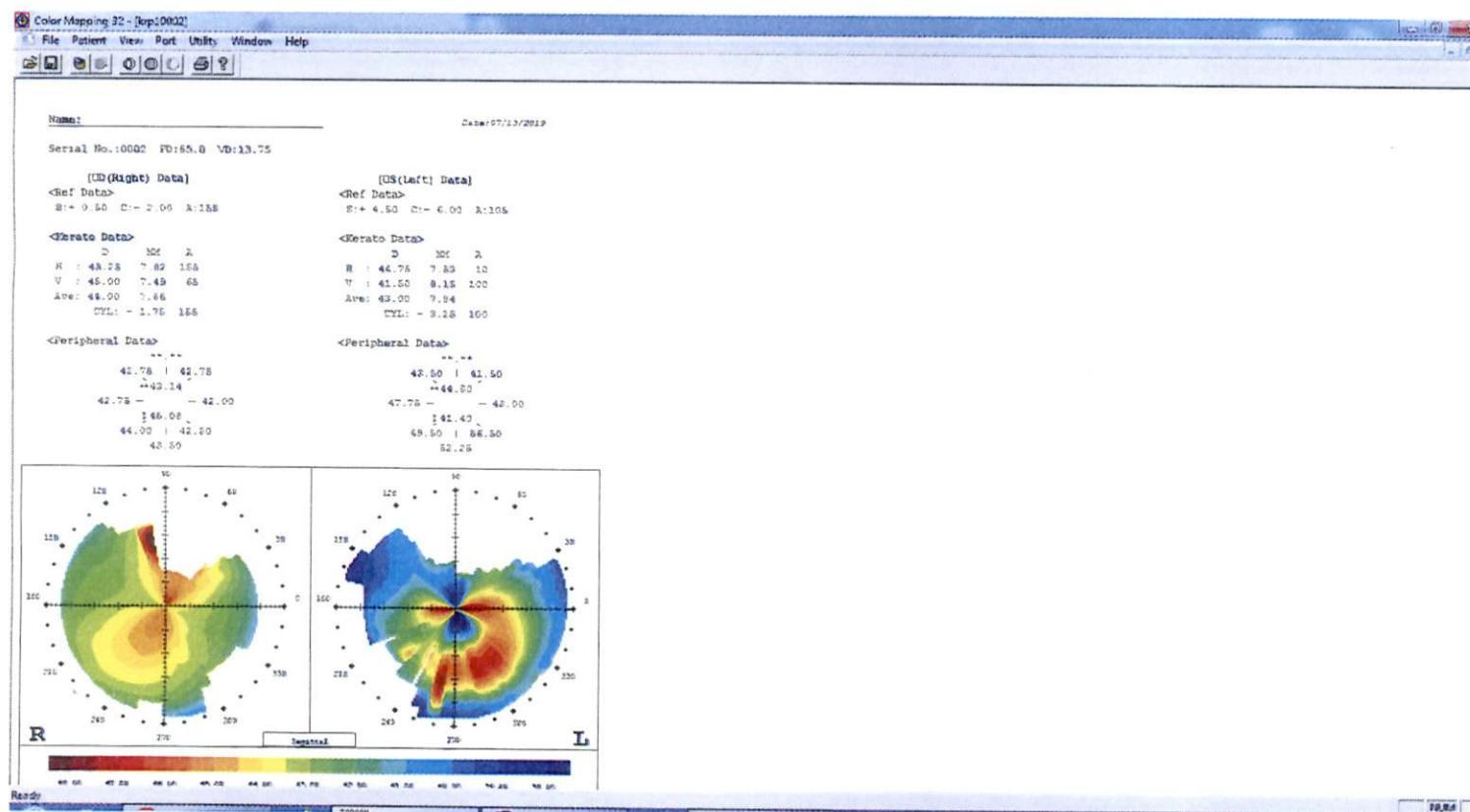
FICHE PATIENT : **Mme Fatima ANBARI**, né(e) le 11/04/1963

Post-op greffe : /9

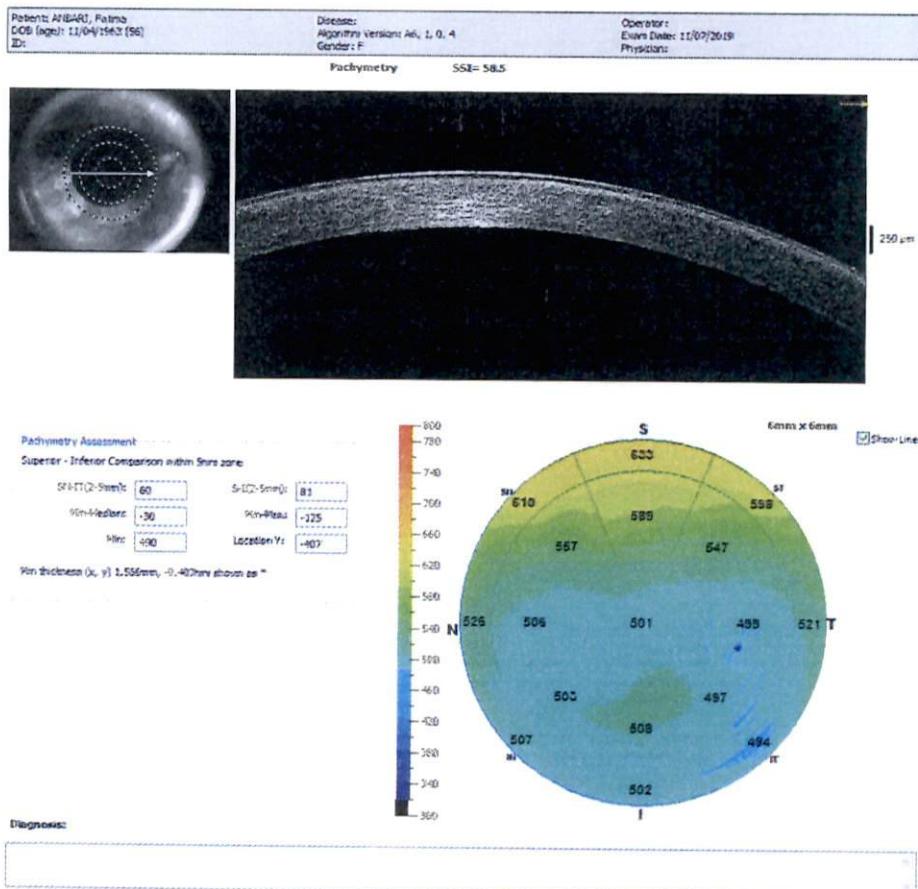
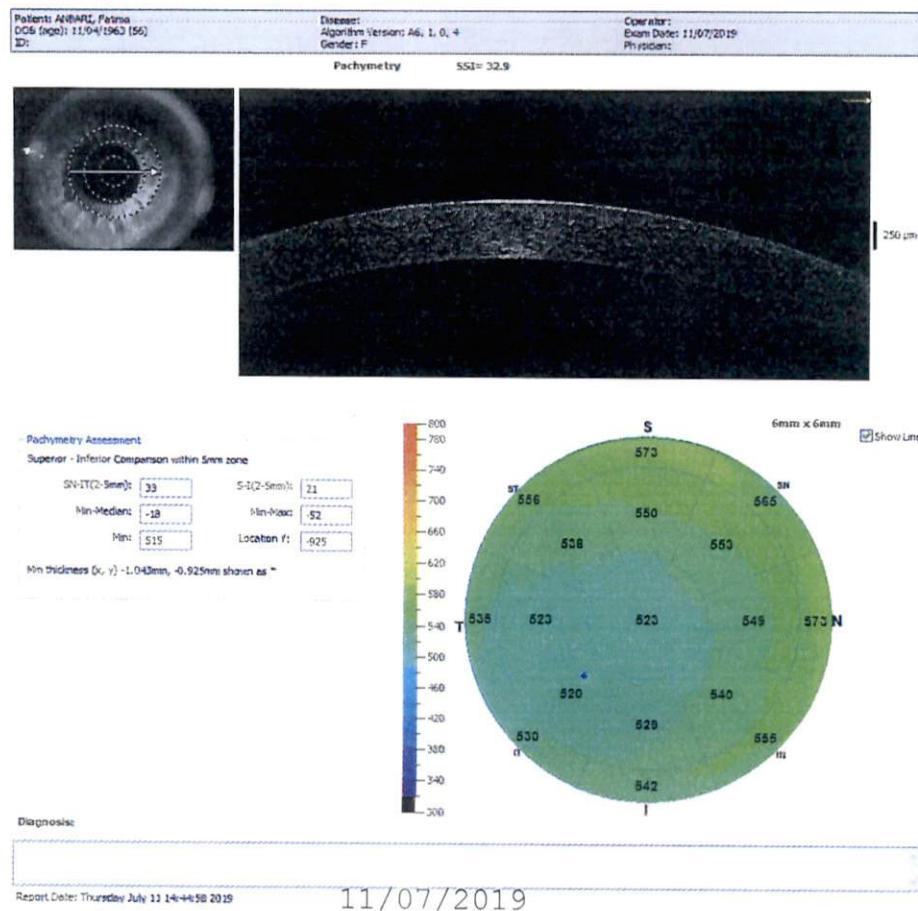
Image Pentacam : [2 fichier(s)]

Image lampe à fente : [7 fichier(s)]

11/07/2019

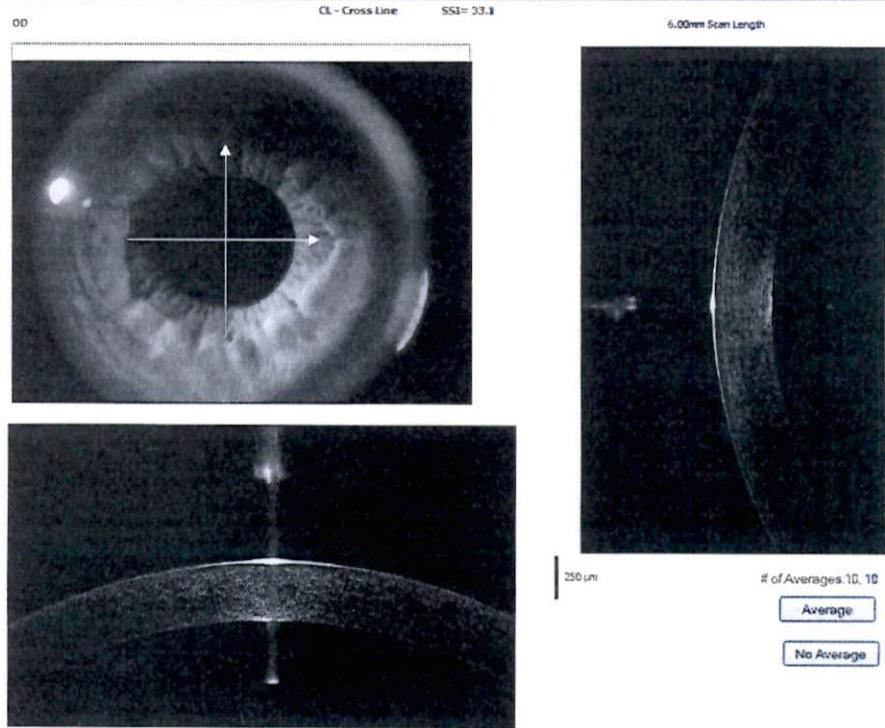


11/07/2019

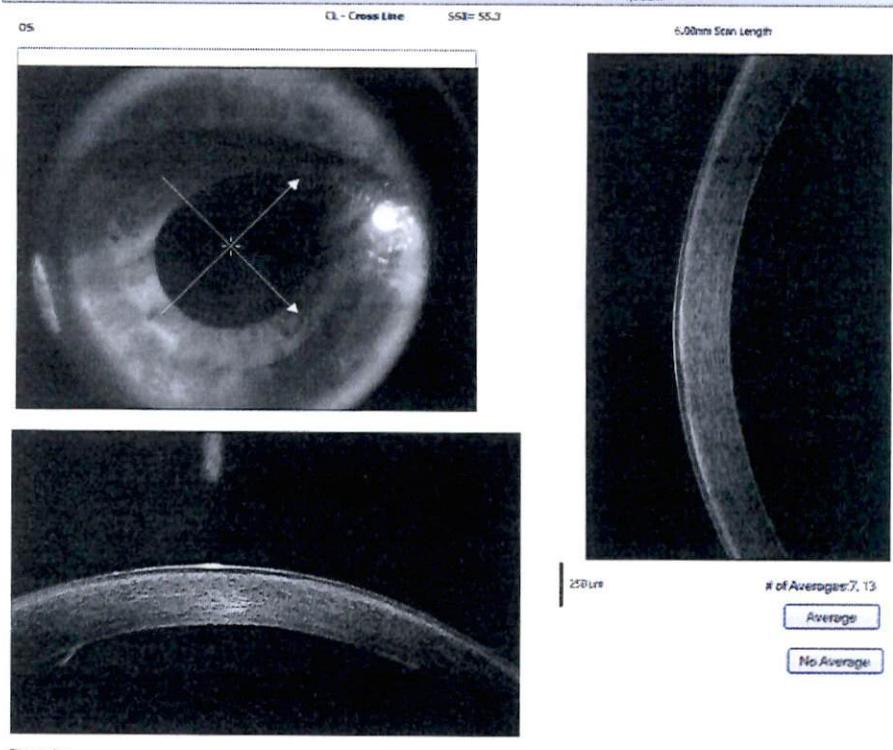


11/07/2019

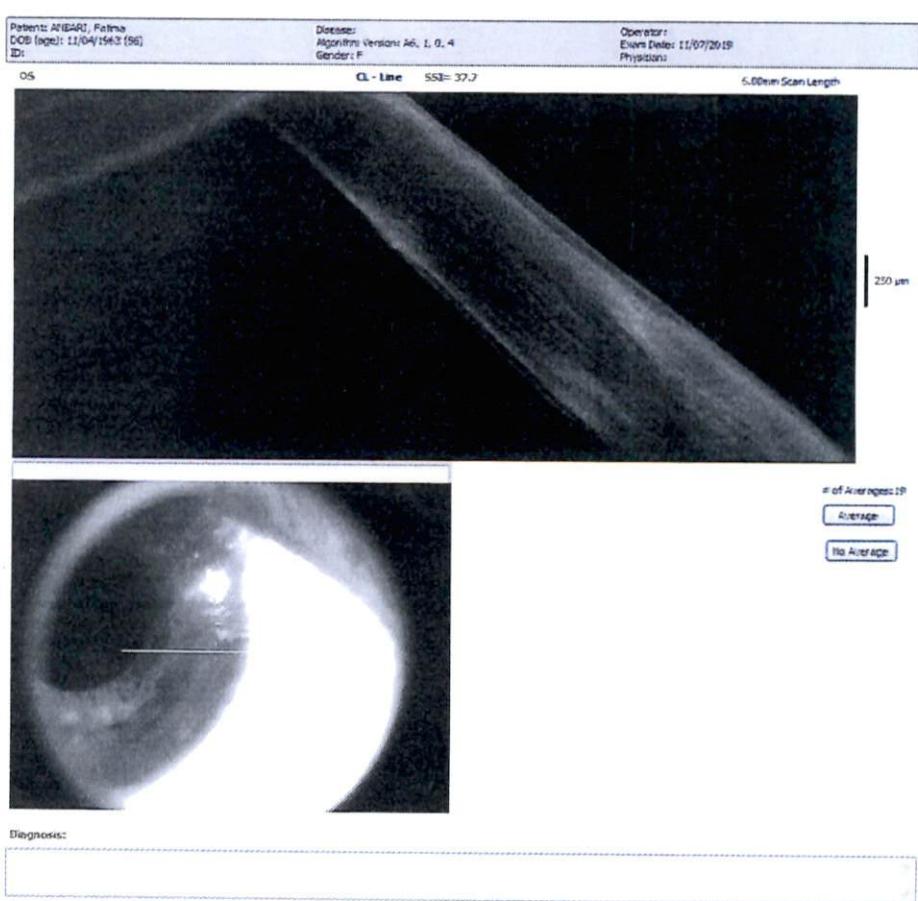
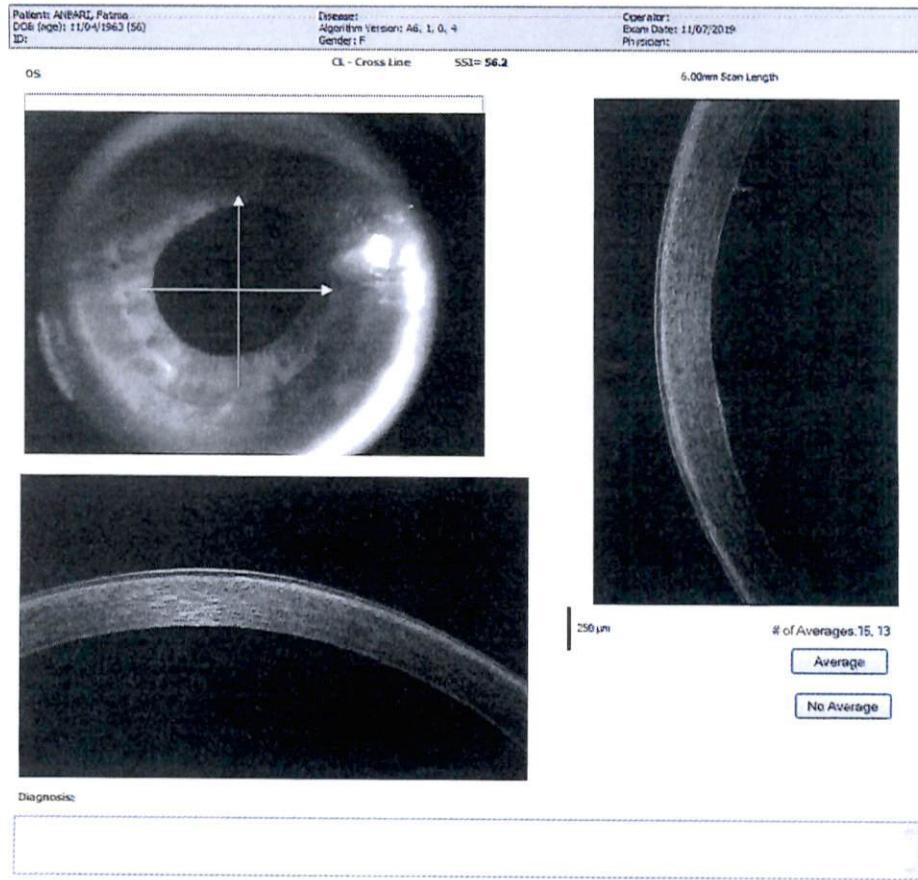
Patient: ANBARI, Fatima DOB (age): 11/04/1963 (56) ID:	Disease: Algorithm Version: A6, 1, 0, 4 Gender: F	Operator: Exam Date: 11/07/2019 Physician:
--	---	--



Patient: ANBARI, Fatima DOB (age): 11/04/1963 (56) ID:	Disease: Algorithm Version: A6, 1, 0, 4 Gender: F	Operator: Exam Date: 11/07/2019 Physician:
--	---	--



11/07/2019



11/07/2019

