

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent(e)

|                                |                                       |                                  |                                     |
|--------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|
| Matricule :                    | 1061                                  | Société :                        | ZAM                                 |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : |                                     |
| Nom & Prénom :                 |                                       | LAJOURI MOHAMED                  |                                     |
| Date de naissance :            |                                       | 21-02-1949                       |                                     |
| Adresse :                      |                                       | Tunisie, Sidi Bouzid             |                                     |
| Tél. :                         |                                       | 166640705                        | Total des frais engagés : ..... Dhs |

## Cadre réservé au Médecin

|   |   |                                   |              |  |
|---|---|-----------------------------------|--------------|--|
| Cachet du médecin :   |  |                                   |              |  |
| Date de consultation :  | /   | /                                 |              |  |
| Nom et prénom du malade :   |   |                                   |              |  |
| Age:  |   |                                   |              |  |
| Lien de parenté :   | <input type="checkbox"/> Lui-même   | <input type="checkbox"/> Conjoint |              |  |
| Nature de la maladie :  |   |                                   |              |  |
| Affection longue durée ou chronique :   | <input type="checkbox"/> ALD  | <input type="checkbox"/> ALC      | Pathologie : |  |
| 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 : ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) :



#### **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                              |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 23/02/23        | CS                |                       | 200                             | Tel: 05 21 66 88 84<br>Dr. KHOURI<br>Oncologue<br>INPE: 09 11 66 88 84<br>E: 05 21 23 00 99 |
| 27/02/23        | centrale          |                       | G                               |   |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date     | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| <br><b>CLIL - C. L. I. L. - CLIL</b><br>6-7 Rue Aimé Mainguet<br>75003 Paris<br>Tél: 05 22 36 24 00<br>Fax: 05 22 36 24 01<br>e-mail: <a href="mailto:clil@clil.fr">clil@clil.fr</a> | 28/02/23 | 94,12                 |

#### **ANALYSES - RADIOPHOTOGRAPHIES**

| ANALYSES RADIGRAPHIQUES                             |      |                             |                        |
|---|------|-----------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Cœfficients | Montant des Honoraires |
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Praticien  | Date des<br>Soins | Nombre            |         |                                |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|--|-------------------|-------------------|---------|--------------------------------|-----|------------------------------------|
|  |                   | A M               | P C     | I M                            | I V |                                    |
| <br>Dr. Kadi Bakkar<br>Angle Rue Kadi Bakkar<br>Gracoub Al Mansour<br>Tunis 22283335<br>1001 | 24-02-23          | 31                | 1       | Orthoptique<br>des<br>controle |     | 200,00                             |
| <br>Dr. Mansour<br>Angle Rue Kadi Bakkar<br>Gracoub Al Mansour<br>Tunis 22283335<br>1001     | 31/02/23          | Maintien + Venes. | 1000,00 | dh                             |     |                                    |

#### **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.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مركز العيون ببر انزاران

CENTRE D'OPHTHALMOLOGIE BIR ANZARANE

Dr. Houda KHLIFI ép. CHERRATE  
Spécialiste des maladies et chirurgie des yeux

Diplômée de l'Université de Paris VII  
Ancienne interne des hôpitaux de Paris

الدكتورة هدى خليفي  
اختصاصية في أمراض وجراحة العين

خرسجامعة باريس VII

طبيبة داخلية سابقاً بمستشفيات باريس

Casablanca le:

28/2/23

الدار البيضاء في:

Lafouzi Nidhem.

2.50 A2

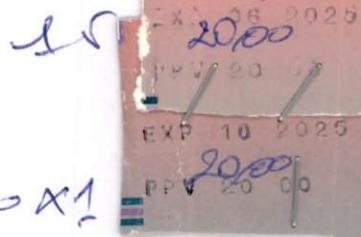
Correctol.

SV

= 1 agli x 2 / 15 ml

40.00 P.M

1 agli / 2



PHARMACIE LA SOURCE  
Dr. EL MOUINI MOUNA  
6-7 Rue Ahi Assoudoune  
Tél: 05 22 23 79 29 / 05 22 23 79 29

SV

54.10 X1

2) Larva - 50% =

54.10

1 agli x 2.

3 nos 00

LARMABAK 0.9%  
Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH

6118001 100651



Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,  
Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Amina DAOUDI



Dr. KHLIFI Houda  
Ophtalmologue  
INPF 091160001  
Tél: 05 22 23 79 29

إقامة غيضة، 1 زاوية شارع ببر انزاران و زنقة ابن سريج (قرب المسجد) الطابق الأول - البيضاء - الهاتف: 06 48 43 74 56 - 05 22 23 79 29 - المستعجلات:

Résidence Ghita, 1 angle Bd Bir Anzarane et rue Ibnou souraj (milieuvenne de la mosquée) - 1er étage-Casablanca - Tél: 05 22 23 79 29 - Urgences: 06 48 43 74 56



مركز العيون ببر انزاران

CENTRE D'OPHTHALMOLOGIE BIR ANZARANE

Dr. Houda KHLIFI ép. CHERRATE  
Spécialiste des maladies et chirurgie des yeux

Diplômée de l'Université de Paris VII  
Ancienne interne des hôpitaux de Paris

الدكتورة هدى خليفي

اختصاصية في أمراض وجراحة العين

VII خريجة جامعة باريس

طبيبة داخلية سابقاً بمستشفيات باريس

Casablanca le :

28/02/23

الدار البيضاء في:

Dr. Houda Khlifi

Verres e nontre.

antireflet  
couches

$$OD = (-1 \frac{1}{2} / 72)$$

$$OG = +0,25 (-0,75 \text{ à } 86^\circ)$$

Rapportes Prisme. Droit  
base temporaire de 6 Dioptries.

DR KHLIFI HOUDE  
CENTRE D'OPHTHALMOLOGIE BIR ANZARANE  
Casablanca - Maroc

Dr. KHLIFI Houda  
Ophtalmologue  
INPE: 091 65884  
Tél: 05 22 23 79 29

**OPTIC DAR'B SARL**  
Opticienne & Optométriste



Facture N° 08651

Lotissement Al Ansari N°123  
Dar Bouazza - Casablanca  
Tél : 05 22 96 51 12

RC : 462981  
ICE : 002361650000049  
IF : 45759320 - TP : 32991413  
CNSS : 32991413

Casa, le 28/02/2023

M. Laqqammi Mohammed

Doit .....

| Monture des Verres          | Vision de loin | Vision de Près | Doubles Foyers | Varilux  |
|-----------------------------|----------------|----------------|----------------|----------|
| .....                       | OD .....       | OD .....       | OD .....       | OD ..... |
| .....                       | OG .....       | OG .....       | OG .....       | OG ..... |
| Monture                     |                |                |                | 500,00   |
| V.L : - OD (-1,00 à 72°)    |                |                |                | 250,00   |
| - OG +0,25 (-0,75 à 86°)    |                |                |                | 250,00   |
| V.P : - OD Nemes Organiques |                |                |                |          |
| - OG Antieffet              |                |                |                |          |
| ADD /                       |                |                |                |          |
| TOTAL .....                 |                |                |                | 1000,00  |

Arrêtée la présente facture à la somme de Mille dinars .....



مركز العيون ببر انزاران

CENTRE D'OPHTALMOLOGIE BIR ANZARANE

Dr. Houda KHLIFI ép. CHERRATE  
Spécialiste des maladies et chirurgie des yeux

Diplômée de l'Université de Paris VII  
Ancienne interne des hôpitaux de Paris

الدكتورة هدى خليفى  
اختصاصية في أمراض وجراحة العين

خر杰ة جامعة باريس VII  
طبيبة داخلية سابقاً بمستشفيات باريس

Casablanca le: 23/02/23 الدار البيضاء في:

Dr. Dr. Dr.  
Dagoumi Nourred  
— — —  
Merci de faire une revaluation  
des valeurs de -points :  
le patient ne rapporte plus sa CO.

$8/10^+$  → +0,25 (-1 à 75°)

$8 à 9/10$  → +0,25 (-0,75 à 88°)

Dr. KHLIFI Houda  
Ophtalmologue  
INPE: 09116684  
Tel: 05 22 23 79 29



Bouchra NAJI EP ELAN  
ORTHOPTISTE  
Angle Rue Kadi Bakkar  
et Rue Yaacoub Al Mansour  
Tel: 05 22 26 33 35

**BOUCHRA NAJI EL AMRI**

ORTHOPTISTE

Diplôme de la faculté de médecine  
de Montpellier FRANCE

ICE: 001934965000048

Casablanca le: 24/02/2021

**Facture**

**POUR: Mr, LAJOUMI MOHAMED**

| <b>DESIGNATION</b>             | <b>MONTANT</b>                                  |
|--------------------------------|---|
| Bilan orthoptique de contrôle: | <b>200.00 DHS</b><br><b>(deux cent dirhams)</b> |

Bouchra NAJI EP. ELAMRI  
ORTHOPTISTE  
Angle Rue Kadi Bakkar  
et Bd. Yaacoub Al Mansour  
Tél.: 05 22 26 33 35

BOUCHRA NAJI EP. ELAMRI  
ORTHOPTISTE  
Angle Rue Kadi Bakkar  
et Bd. Yaacoub Al Mansour  
Tél.: 05 22 26 33 35

Angle Rue Alkadi bakkar, Yacoub El Mansour. Casablanca Tél.: 05 22 26 33 35

**BOUCHRA NAJI EL AMRI**  
**ORTHOPTISTE**  
**Rue Elkadi bakkar-Casablanca**  
**Tél. : 05 22 26 33 35**

Casablanca, le 24/02/2023

**Pour le Docteur KHLIFI:**

**Cher Docteur,**

Merci de m'avoir adressé Monsieur LAJOUUMIMOHAMED, âgé de 74 ans bilan orthoptique de contrôle.

Je note ce jour les éléments suivants :

**HISTOIRE DE LA MALADIE**

**Date d'apparition:** atteinte du nerf VI droit depuis début février 2022.

**Intermittente ou constant:** ésophorie-tropie de loin et de près.

**Antécédents familiaux et personnels:** Amétropie

**Traitements déjà entrepris:** C.O de loin + deux prismes incorporés :

OD 6 dioptries base temporale

OG : 6 dioptries base temporale OG.

**ACUITE VISUELLE :**

Verres prescrits : OD : +0.25 (-1.00 à 70) add +2.50

OG : +0.25(-0.75 à 86)

AC    | OD = 5/10f R2  
      | OG = 6/10f R2

SC    | OD =  
      | OG =

**EXAMEN MOTEUR :**

**Inspection:** Apparence d'orthotropie

**Attitude Viciuse:** RAS

**Nystagmus:** RAS

**Déviation:** à l'écran et aux reflets

(AC) + prisme

(AC) VL EET 8

Sans prismes

Add +2.50 VP EET' 8

Test de Maddox AC

VL 0 à E 2

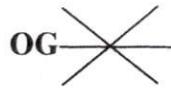
EET 18 à 20 HTD 2

EET' 14 HTD 2

### **Dominance Oculaire :**

**Loin et près :** droitier, OD directeur.

**Motilité Oculaire :**



### **Syndrome Alphabétique : RAS**

**Reflexe de convergence :** Moyen.

### **EXAMEN SENSORIEL :**

**Verre striés de Bagolini:**

**Loin:** fusion ou diplopie homonyme

**Près:** fusion ou diplopie homonyme

**Test de Worth:**

**Loin:** Fusion ou DH

**Près:** Fusion ou DH

**Verre rouge:**

**Loin :** Fusion à partir de 6

**Près :** Fusion

### **SYNOPTOPHORE :**

AC sans prisme **AO = + 10** Fusion à son angle

**Essai de prismes:**

Après essai, arrive à fusionner de loin à partir d'un prisme de 6 dioptries base temporale AC et fusion de près sans prismes.

### **CONCLUSION :**

Esophorie-tropie de près et de loin AC. Angle variable. Spasmes accommodatifs.

Ne portait pas sa C.O avec prismes de façon régulière.

Acuité visuelle OD 5/10 R2 et OG 6/10f R2 AC.

Motilité oculaire: normalisée.

Fusion ou diplopie homonyme aux tests sensoriels dans l'espace et fusion à son angle au verre rouge et au synoptophore.

Je propose avec votre accord, de lui retirer le prisme placé sur OG (refaire verre OG normal) et qu'il garde juste le prisme de 6 dioptries base temporale sur OD, des instillations de Correctol et le revoir pour contrôle dans un mois.

Merci de me l'avoir confié

Bien à vous

Bouchra NAJI EP. ELAMRI  
ORTHOPTISTE  
Angle Rue Kadi Barkar  
et Bd. Yaacoub Al Mansour  
Tél. : 05 22 26 32 35