

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.

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

M22- 0050169

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1061 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : LAJOURNI Mohamed

Date de naissance : 11-02-1949

Adresse : Meme adresse

Tél. : 0666407205 Total des frais engagés :Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ 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) :

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
23/02/23	CS		200	
28/02/23	Contrôle		G	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28/02/23	94,7

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	24-02-23					200,00

31/02/23 Mantive + Ventes. 1000,00 dh

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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></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>B</td> <td></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



مركز العيون بئر انزران

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 العيون

خريجة جامعة باريس VII

طبيبة داخلية سابقا بمستشفيات باريس

Casablanca le 28/2/23 : الدار البيضاء في

Lafour: Polwed.

(SV)

20.00 X 2

Correctol.

= 1 gtt x 2 / 10 min

40.00 mis

1 gtt / 2

10

PHARMACIE LA SOURCE
Dr. EL MOUMINI MOUNA
6-7 Rue Amr Assoudoune
CIL - Casablanca
Tél: 05 22 36 24 35 / 05 22 36 24 36

(SV)

54.10 X 1

2) Lar

54.10

1 gtt x 2 /

3 nois

Dr. KHLIFI Houda
Ophtalmologue
INTE. 091168884
Tél: 05 22 23 79 29

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



6 118001 100651

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



إقامة غيلة، 1 زاوية شارع بئر انزران و زنقة ابن سريج (قرب المسجد) الطابق الأول - البيضاء - الهاتف: 05 22 23 79 29 - المستعجلات: 06 48 43 74 56
Résidence Ghila, 1 angle Bd Bir anzarane et rue ibnou sourajj (miloyenne de la mosquée) - 1er étage-Casablanca- Tél:05 22 23 79 29- Urgences: 06 48 43 74 56



مركز العيون بئر أنزران

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 العيون

خريجة جامعة باريس VII

طبيبة داخلية سابقا بمستشفيات باريس

Casablanca le : 28/02/23 : الدار البيضاء في

Dr. Houda KHLIFI

Verres e montre.

autnefleb
m. incub

$$OD = (-1 \text{ à } 7^2)$$

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

Proportes Prisme. ODroit
base temporaire de 6 Dioptries.

Dr. Houda KHLIFI

Dr. KHLIFI Houda
Ophtalmologue
INPE: 091-66884
Tél: 05 22 23 79 29



OPTIC DAR'B SARL

Opticienne & Optométriste



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

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

Facture N° 08651

Casa, le 28/02/2023

M. LAJOUMI Mohamed

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 Verres Organiques				
- OG Antireflet				
ADD /				
TOTAL				1000,00

Arrêtée la présente facture à la somme de Mille dirhams.



مركز العيون بئر أنزران
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 العيون
خريجة جامعة باريس VII
طبيبة داخلية سابقا بمستشفيات باريس

Casablanca le 23/02/23 : الدار البيضاء في

M. Lagoumi Mohamed

Merci de faire une reevaluation
des valeurs de -presimes:
le patient ne supporte plus sa CO.

8/10 OCT → +0,25 (-1 à 75°)
8 à 9/10 G → +0,25 (-0,75 à 88°)

Dr. KHLIFI Houda
Ophtalmologue
INPE: 091166884
Tél: 05 22 23 79 29

2,50
Najia ELAMRI
ORTHOPHTE
Angle Rue Kadi Bakkar
et Rd. Yaacoub Al Mansour
Tél.: 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

DESIGNATION	MONTANT
Bilan orthoptique de contrôle:	200.00 DHS (deux cent dirhams)

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 LAJOURMIMOHAMED, 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: ésochorie-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 Vicieuse: RAS

Nystagmus: RAS

Déviation: à l'écran et aux reflets

(AC) VL EET 8

Sans prismes

Add +2.50 VP EET' 8

(AC) + prisme

VL 0 à E 2

Test de Maddox AC

EET 18 à 20 HTD 2

EET' 14 HTD 2

Dominance Oculaire :

Loin et près : droitier, OD directeur.

Motilité Oculaire :

OD 

OG 

Syndrome Alphabétique : RAS

Reflexe de convergence : Moyen.

EXAMEN SENSORIEL :

Verre striés de Bagolini:

Loin: fusion ou diplopie homonyme

Prés: fusion ou diplopie homonyme

Test de Worth:

Loin: Fusion ou DH

Prés: Fusion ou DH

Verre rouge:

Loin : Fusion à partir de 6

Prés : 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 :

Esophtorie-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
ORTHOPHTISTE
Angle Rue Kadi Bakkar
et Bd. Yaacoub Al Manjour
Tél. : 05 22 26 32 35