

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **3243**

Société : **ROYAL AIR MAROC**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MOUSSAKIR FATIMA 158702

Date de naissance : **18-12-57**

Adresse : **10 RUE Aïn Houde APT H RACINE EXT**

Tél. : **0661087017**

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **06.04.2023**

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 :

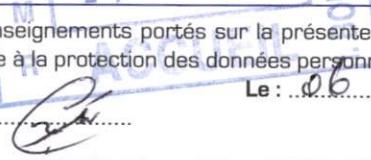
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : **06/04/2023**

Le : **06/04/2023**

Signature de l'adhérent(e) : 

3

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 06/04/23. | CG | | 300.- | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
| | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|--|-------------------|-------------------------|----|----|----|------------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| TAOUIL ZOUAD ORTHOPTISTE Rue Omar Slapui (à côté rue d'agadir) Mers Sultan - Casablanca Tél: 0522 20 07 43 / 0662 86 60 40 Pat N°: 34200705 | 11/04/11 23 | champ visual automatisé | | | | 600DH |

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.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | |
|------------------------------|---|------------------|-------------|-------------------------|
| | | | | Coefficient des travaux |
| | | | | Montants des soins |
| | | | | Début d'exécution |
| | | | | Fin d'exécution |
| O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES | DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | |

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| H | |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |

D

| | |
|----------|----------|
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

مصحة الاختصاصات الشفاء Clinique des Spécialités Achifaa



Angle Rues Lahcen El Arjoune et Lavoisier (face Hôpital 20 Août)
05 22 85 92 20 (10 L.G.) - Fax : 05 22 86 22 23 - Casablanca - Maroc
E-mail : cliniqueachifaa@menara.ma

Docteur :

Casablanca, le : 06/04/23

Mme MOUNZAKKIR FATIMA

CV automatisé
(Glaucome ??)

T.I.O = 10 - Hy 334

Sans Traitement ↗

TAOUIL SQUAD
ORTHOPTISTE

24, Rue Omar Slaoui (à Côté rue d'Agadir)
Mers Sultan - Casablanca
Tél: 0522 20 07 43 / 0662 86 60 40
Pat N°: 34200705

Dr BENHADDOU MOUNA
OPHTALMOLOGISTE
16. Bis Angle Bd M.Y.
El Hassan 1^{er} Résidence
Tél: 05 22 88 09 08

SOUAD TAOUIL
ORTHOPTISTE

Casablanca le 11/04/2023

Je vous remercie de m'avoir adressée Mme MOUBAKKIR FATIMA âgé de 65 ans, dont le champ visuel automatisé

«Humphrey programme Seuil Central 24-2 stratégie Sita- Standard » révèle

OD AC : + 5

Atteinte localisée objectivée par schéma de déviation individuelle et indice global PSDP<10%

Le schéma de la déviation individuelle montre :

Peu de déficits relatifs et moyens en supéro-nasal

Un déficit relatif en paracentral supérieur

- Seuil fovéale = 38DB
- Test d'hémichamp glaucome est dans les limites normales

VFI 99%

OG AC : + 5

Atteinte localisée objectivée par schéma de déviation individuelle et indice global PSDP<5%

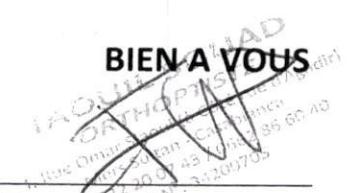
Le schéma de la déviation individuelle montre :

Un déficit relatif en péricentral nasal et quelques déficits relatifs et moyens en nasal

- Seuil fovéale = 36DB
- Test d'hémichamp glaucome est limite

VFI 98%

OG fait 2 fois THG limite pour les 2 tests, à surveiller



Analyse de champ unique

CG 26-2

Oeil: Gauche

2 en 1)

Nom: MOUBAKKIR FATIMA

DDN: 18-12-1957

ID:

Test de seuil central 24-2

Contrôle de fixation: Tache aveugle

Stimulus: III, Blanc

Diamètre de la pupille:

Date: 11-04-2023

Cible de fixation: Central

Fond: 31.5 ASB

Acuité visuelle:

Heure: 13:12

Pertes de fixation: 1/15

Stratégie: SITA-Standard

RX: +5.00 DS DC X

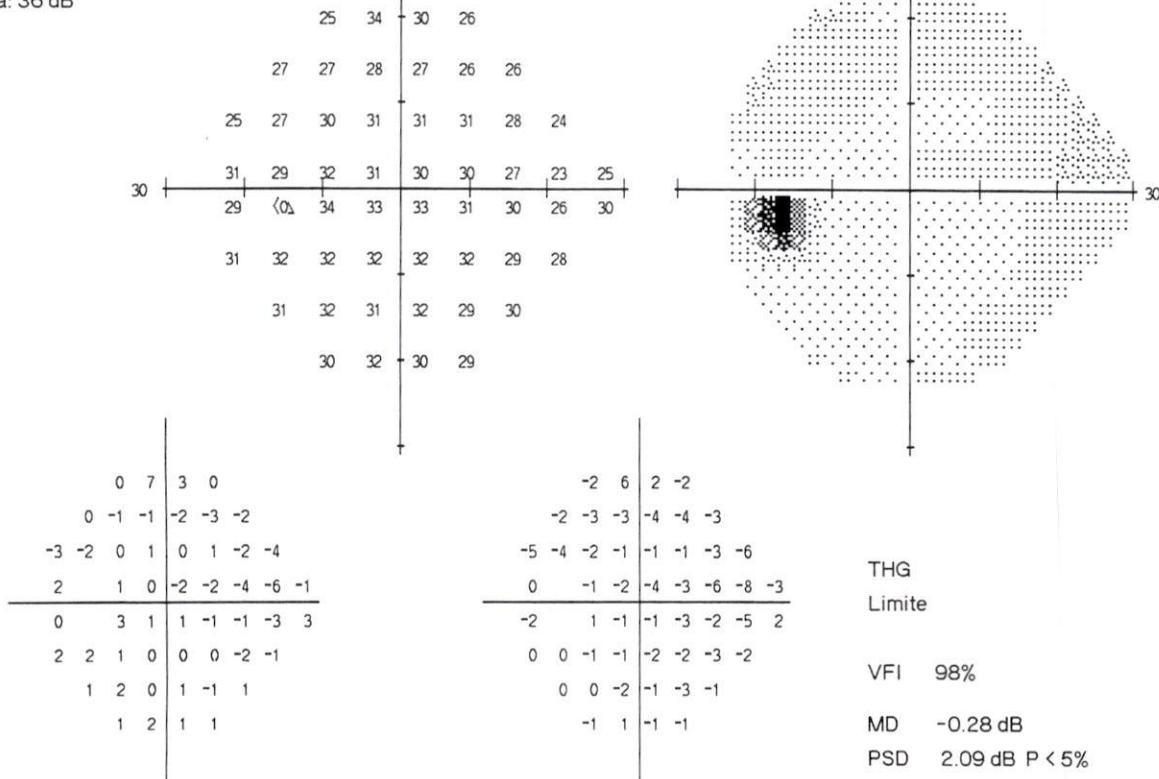
L'âge: 65

Erreurs faux pos.: 2 %

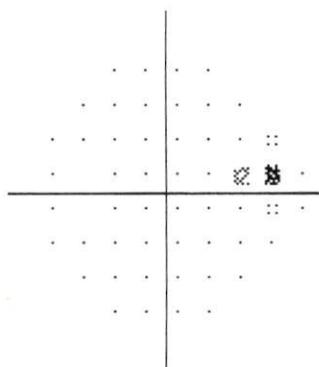
Erreurs faux nég.: 2 %

Durée du test: 07:20

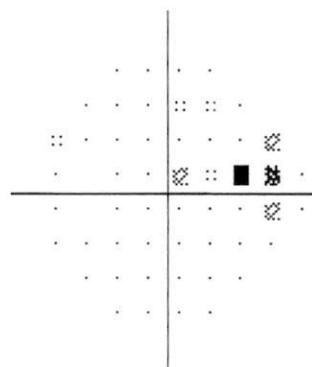
Fovéa: 36 dB



Déviation Totale



Déviation individuelle



:: < 5%

☺ < 2%

☻ < 1%

■ < 0.5%

SOUAD TAOUIL
ORTHOPTISTE
24 RUE OMAR SLAOUI
CASABLANCA
022/20-07-43

CG 26-2

JFA

Analyse de champ unique

Oeil: Gauche

Nom: MOUBAKKIR FATIMA

DDN: 18-12-1957

ID:

Test de seuil central 24-2

Contrôle de fixation: Tache aveugle

Stimulus: III, Blanc

Diamètre de la pupille:

Date: 11-04-2023

Cible de fixation: Central

Fond: 31.5 ASB

Acuité visuelle:

Heure: 12:50

Pertes de fixation: 1/16

Stratégie: SITA-Standard

RX: +5.00 DS DC X

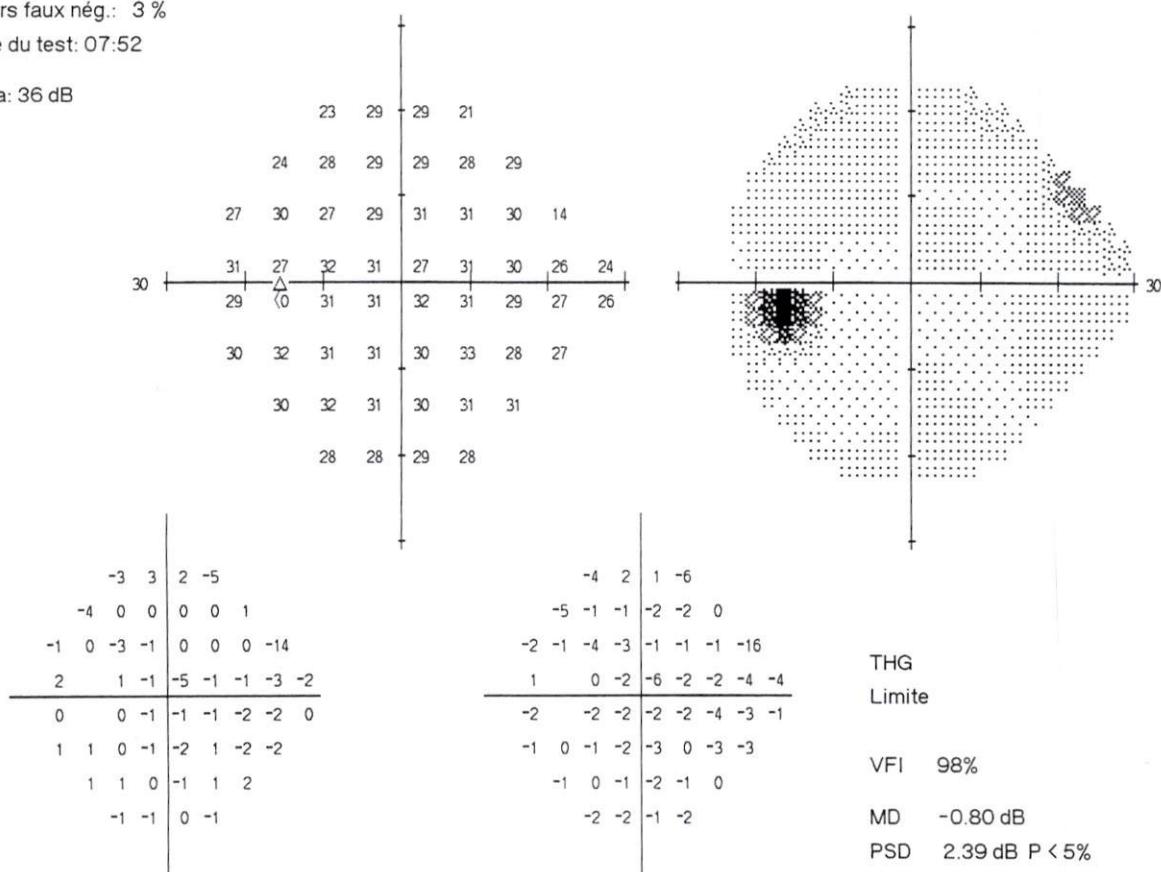
L'âge: 65

Erreurs faux pos.: 0 %

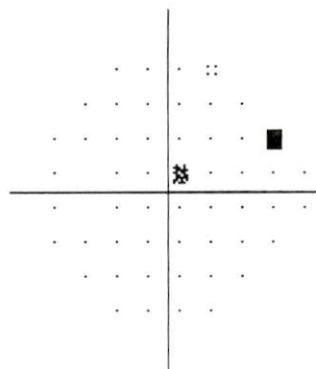
Erreurs faux nég.: 3 %

Durée du test: 07:52

Fovéa: 36 dB



Déviation Totale



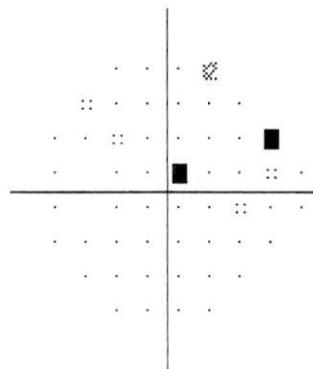
:: < 5%

☒ < 2%

✳ < 1%

■ < 0.5%

Déviation individuelle



SOUAD TAOUIL

ORTHOPTISTE

24 RUE OMAR SLAOUI

CASABLANCA

022/20-07-43

Vue d'ensemble

Nom: MOUBAKKIR FATIMA

Oeil: Gauche

ID:

DDN: 18-12-1957

Test de seuil central 24-2

| Echelle de gris | Seuils (dB) | Déviation Totale | Déviation individuelle |
|--------------------------|----------------------------|------------------|------------------------|
| 11-04-2023 SITA-Standard | THG: Limite | | |
| | 23 29 29 21 | | |
| | 24 28 29 29 29 | | |
| | 27 30 27 29 31 31 30 14 | | |
| | 31 27 32 31 27 31 30 26 24 | | |
| | 29 30 31 31 32 31 29 27 26 | | |
| | 30 32 31 31 30 33 28 27 | | |
| | 30 32 31 30 31 31 | | |
| | 28 28 29 28 | | |
| Fovéa: 36 dB | VFI: 98% | PF: 1/16 | FN: 3 % |
| MD: -0.80 dB | PSD: 2.39 dB P < 5% | | FP: 0 % |
| 11-04-2023 SITA-Standard | THG: Limite | | |
| | 25 34 30 26 | | |
| | 27 27 28 27 26 26 | | |
| | 25 27 30 31 31 31 28 24 | | |
| | 31 29 32 31 30 30 27 23 25 | | |
| | 29 30 34 33 33 31 30 26 30 | | |
| | 31 32 32 32 32 32 29 28 | | |
| | 31 32 31 32 29 30 | | |
| | 30 32 30 29 | | |
| Fovéa: 36 dB | VFI: 98% | PF: 1/15 | FN: 2 % |
| MD: -0.28 dB | PSD: 2.09 dB P < 5% | | FP: 2 % |

:: < 5%

☒ < 2%

☒ < 1%

■ < 0.5%

SOUAD TAOUIL
 ORTHOPTISTE
 24 RUE OMAR SLAoui
 CASABLANCA
 022/20-07-43
 © 2007 Carl Zeiss Meditec
 HFA II 745-4972-4.2.2

SOUAD TAOUIL
ORTHOPTISTE
Diplômée d'état de la
Faculté de médecine de Paris
«Sur rendez-vous»
ICE : 002046176000083

Casablanca le 11/04/2023

FACTURE N° FC23040283

POUR : Mme MOUBAKKIR FATIMA

| DESIGNATION | MONTANT |
|---|---------|
| CHAMP VISUEL AUTOMATISE | 600 DH |
| Arrêté la présente facture à la Somme de : | 600 DH |
| SIX CENTS DIRHAMS | |

*TAOUIL SOUAD
ORTHOPTISTE
24, Rue Omar Slaoui (à Côté du Chatadir)
Mers Sultan Casablanca
Tél: 0522 20 07 43 / 0662 86 60 40
Pat N°: 34200705*



CLINIQUE DES SPÉCIALITÉS

مصحة الاختصاصات الشفاعة

Clinique des Spécialités Achifaa

Angie Rues Lahsen El Arjoune et Lavoisier (face Hôpital 20 Août) - Tél.: 05 22 86 22 86
05 22 85 92 20 (10 L.G.) - Fax: 05 22 86 22 23- Casablanca- Maroc

Recu de caisse
E-mail : Cliniqueachifaa@menara.ma

0019118

Médecin : DR. BENHADDOU MC

N° : 2304061321146986 / 4 / 0

| Numéro admission | Nom du patient | Date encaissement |
|------------------|------------------|-------------------|
| 23A04372 | MOUBAKKIR FATIMA | 06/04/202 |

| Mode paiement | Références du paiement | Montant Dhs |
|---------------|------------------------|-------------|
| Espèce | | 300. |
| PAYANT | Total payé | 300. |

TROIS CENTS DIRHA

Reçu établi par : KCH_OPHT

CENTRE D'OPHTALMOLOGIE
CLINIQUE ACHIFAA
Tél:0522 859220/0522 858132