

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

M23-003902

17/640

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3482 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre
Nom & Prénom : ADEL Abdelhamid
Date de naissance : 18-04-1952
Adresse : 23 Rue Ibnou Habib - CASA - HADJIF
Tél. : 0661 311542 Total des frais engagés : 2009,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin Dr. Dalila SEAI IDRISS

Cachet du médecin :
Ophtalmologiste
84, Bd Wly Driss 1er
Tél: 06 22 86 06 06
INPE: 091033100
Date de consultation : 01 SEP 2023
Nom et prénom du malade : ADEL Abdelhamid Age:
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Affection longue durée
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 : Casablanca Le : 19/09/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	01/09/83	109,00

[illegible]

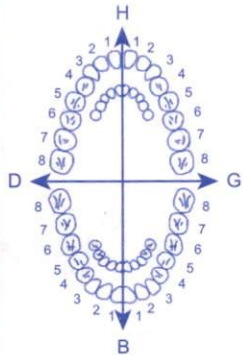
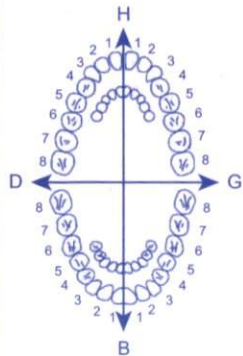
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<p>CENTRE D'ORTHOPEDIE ELECTROPHYSIOLOGIQUE</p> <p>Mme SERRA J. Har</p> <p>185, Bd Abdelmoumen R.S. 26000</p> <p>Tél: 05 27 26 26 26 / 48 61 63 34 26</p> <p>OPTI PLUS</p> <p>361, Bd. Mustapha El Maani - G.M.A.</p> <p>0522 47 65 05 / 0522 47 65 89</p> <p>0522 47 65 07 / 0522 47 65 70</p>	01		8			300 DH
	09					
	20/12					800/-
	15/03/23	1/12/22	2 var			700 x 2
			confect			2200/-

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H											
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	B											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>		
	D	G										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

351, Bd Mústapha El Maâni - 20140 Casablanca
Tél. : 05 22 47 65 89 - 05 22 47 65 90
Patente : 34202492 - RC : 94455 - I.F. : 01050714
CNSS : 6020169 - ICE : 000522152000070
(B.P) RIB : 190 780 21211 110 46 78 0008 43

Le code INPE



095016630

Casablanca, le

15/09/93

M ? ADEL ABDELHADI

VL OD : plan (-0.50 et 0.5)
OG : plan (-0.75 et 0.6)

VP (A D D) : + 2,50

Fournitures :

Monture

PLASTIC fine

800,-

Verres

OD :

optique microscopique

700,-

OG :

Anti-refl prism

700,-

(A D D) :

Total T.T.C.

2200,-

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Deux Mille

Deux Mille

OPTI PLUS

351, Bd Mústapha El Maâni - CASA
Tél: 0522 47 65 89 / 0522 47 65 90
ICE : 000522152000070

Casablanca, le..... **01 septembre 2023**.....

Mr ADEL Abdelhamid

1/ Monture pour vision de loin + verres correcteurs
Antireflets

VL : OD = Plan (- 0.50 à 95°)

OG = Plan (- 0.75 à 60°)

2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs

VP : ODG = Add : + 2.50

EIP 61.5 mm

OG Adjonction de prisme de 2 dioptries base inférieure
uniquement en VL

OPTI PLUS

361, Bd. Mustapha El Maani - CASA
Tél: 0522 47.65.89/90-Fax: 0522 47.65.89
ICE : 000522152000070

Dr. Dalila SBAI IDRISSE
Ophthalmologiste
84, Bd. Moulay Driss 1er
Tél: 05 22 86 06 06

لايقبل أي تغيير لتاريخ الفحص

Docteur Dalila SBAI IDRISSE

Ophtalmologiste

Echographie - Pachymétrie - Angiographie - Topographie

Laser - Lentilles de contact

Phacoémulsification - Strabologie

Chirurgie réfractive

الدكتورة دليلة السباعي الإدريسي

اختصاصية في أمراض و جراحة العيون

جراحة الساد (الجلالة)

بالأمواج فوق الصوتية

تخطيط الشبكية الوعائي

الليزر - الحول - تقويم الرؤية بالليزر

Casablanca, le 01 septembre 2023

Mr ADEL Abdelhamid

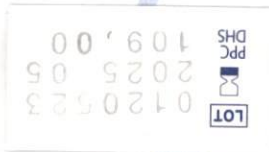
109,3

HYE COLLYRE



1 goutte 3 fois par jour pdt 3 mois

dans les deux yeux



INPE
092042365

Dr. Dalila SBAI IDRISSE
Ophtalmologiste
84, Bd Moulay Driss 1er
Tél: 05 22 86 06 06

لايقبل أي تغيير لتاريخ الفحص

CENTRE D'ORTHOPTIE - D'ELECTROPHYSIOLOGIE

MME SERRAJ HANANE EP. FILALI

DIPLOMÉE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER



CASA, Le 04/09/2023

Cher Docteur,

L'examen de Mr ADEL ABDELHAMID (71 ans) montre les éléments suivants :

INTERROGATOIRE

Bilan de contrôle après port de prisme de 4 dioptries base inférieure à gauche.

ACUITE VISUELLE

Correction portée : VL : OD = (- 0.50 à 95°) / OG = (- 0.50 à 60°)

VP : addition : ODG = + 2.50

VL A/C OD	10/10	VP A/C OD	P2
VL A/C OG	10/10	VP A/C OG	P2

EXAMEN MOTEUR

Mesure de l'angle : ESE (en Dioptries)

VL S/C et A/C : ODF = OGF : HG = 2

VP S/C et A/C : ODF = OGF : HG = 2

Motilité oculaire : Normale

EXAMEN SENSORIEL

Verre Rouge à l'AO : union binoculaire à HG = 2

Worth : diplopie

Vision stéréoscopique : positive

Synoptophore :

S/C et A/C : ODF = OGF : AO = AS = 0, HTG = 2

CONCLUSION

Hyperphorie gauche associée à une diplopie.

Sur le plan visuel : iso acuité visuelle.

Sur le plan moteur : amélioration de l'angle et de la motilité oculaire.

Sur le plan sensoriel : diplopie, à son angle union binoculaire à HG = 2.

Il s'agit de la parésie du IV gauche.

Je propose d'incorporer à la correction optique de l'OG en VL :
un prisme de 2 dioptries base inférieure.

Bien à vous

CENTRE D'ORTHOPTIE - D'ELECTROPHYSIOLOGIE
Mme SERRAJ Hanane
185, Bd Abdelmoumen Rés Walili Parc
Tél : 05 22 26 26 26 / 48 10 86
06 61 63 34 26

185, BD ABDELMOUMEN, RES. WALILI PARC, 2^{ème} ET. (STATION TRAM FACULTÉ MÉDECINE)

Tél : 0522.26.26.26/48.10.86 : 0661.63.34.26 Email : ha.serraj@gmail.com

CENTRE D'ORTHOPTIE - D'ELECTROPHYSIOLOGIE

MME SERRAJ HANANE EP. FILALI

DIPLOMÉE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER



FACTURE

CASABLANCA LE 04/09/2023

Mr ADEL ABDELHAMID

Désignation	Montant
BILAN ORTHOPTIQUE	300,00
TOTAL	300,00

Somme arrêtée à : trois cents dirhams

CENTRE D'ORTHOPTIE - D'ELECTROPHYSIOLOGIE
Mme SERRAJ Hanane
185, Bd Abdelmoumen Rés Walili Parc
Tel : 05 22 26 26 26 / 48 10 86
06 61 63 34 26

ICE: 001804777000038

TP : 34309939

IF : 41909940

185, Bd ABDELMOUMEN, RES. WALILI PARC, 2^{ME} ET. (STATION TRAM FACULTÉ MÉDECINE)

☎ : 0522.26.26.26/48.10.86 📞 : 0661.63.34.26 ✉ : ha.serraj@gmail.com