

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.

Diagnostique 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

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

N° P19- 0041255

ND: 34807

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6980 Société : Royal Air Maroc
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Retraite
Nom & Prénom : AIT. BASSOU SALAH
Date de naissance : 1945
Adresse : Résidence AL Khayama 6, Jnan 11, Appt n° 5
CASABLANCA Maroc
Tél. : 06 76 39 20 51 Total des frais engagés : 4296,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09/07/2020
Nom et prénom du malade : AIT. BASSOU SALAH Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Glaucome ODL
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 : 22/07/2020
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 05/12/20 | 5 | - | 300 | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| | 09.07.20 | 1398,30 |
| | | |
| | | |
| | | |

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 |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | 07/07/2020 | | CV | | | 5000 HT |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 canalaires, ainsi que le bilan de

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | |
|---------------------------|---|------------------|-------------|-------------------------|
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

CLINIQUE AL MADINA
Docteur Abderrahim Chakib
 Professeur d'Ophtalmologie
 Ophtalmo - diabétologie
 Maladies de la Rétine et Cataracte
 Chirurgie des yeux



مصحة المدينة
 الدكتور عبد الرحيم شكيب
 أستاذ في أمراض وجراحة العيون
 داء العينين بالسكري و داء جلاله
 أمراض الشبكية وجراحة العيون

09 juillet 2020

ORDONNANCE

Mr. AIT BASSOU Salah

(194,30 x 3)
1/ AZARGA: COLLYRE

1 goutte 2 fois par jour pendant 3 mois, dans l'œil droit, pendant 3 mois

(57,90 x 3)
2/ ALLERGOCOMOD

1 goutte 4 fois par jour, dans l'œil droit, pendant 3 Mois

(71,30 x 3)
3/ TANAKAN CP

1 cp x 3/j. pendant 3 Mois

PHARMACIE FLORIDA
 Dr. Ziad Mounir
 Lotissement Florida Lot 281
 Sidi Maarouf - Casa
 Tel-Fax: 0522 32 19 59

6 118001 071654
AZARGA® 10 mg/ml + 5 mg/ml
 Collyre en suspension, Flacon de 5 ml
 AMM MAROC N° 69/11/DMP/21/NNP
 Distribué par les laboratoires
 SOTHEMA BOUSKOURA
 PPV : 194,30 DHS
 Non remboursé
 © 2011, 2015 Novartis 4

6 118001 071654
AZARGA® 10 mg/ml + 5 mg/ml
 Collyre en suspension, Flacon de 5 ml
 AMM MAROC N° 69/11/DMP/21/NNP
 Distribué par les laboratoires
 SOTHEMA BOUSKOURA

AZARGA 10 mg/ml + 5 mg/ml
 collyre en suspension
 Flacon de 5 ml
 PPV : 194,30 DH
 AMM MAROC N° 428/18 DMP/21/NRQ
 Distribué par SOTHEMA
 B.P N° 127182 BOUSKOURA-Maroc
 6 118001 071654

د. شكيب عبد الرحيم
 أستاذ في أمراض وجراحة العيون
CLINIQUE AL MADINA
 مصحة المدينة
Dr. CHAKIB Abderrahim
 Professeur - Ophtalmologiste

Steripharma
 PPV: 57,90 dh

A utiliser avant: / Lot n°

04 / 2023
 298416

Steripharma
 PPV: 57,90 dh

A utiliser avant: / Lot n°

02 / 2022

251616

71,30

71,30

71,30

Steripharma
PPV: 57,90 dh

A utiliser avant: / Lot n°

CLINIQUE AL MADINA
Docteur Abderrahim Chakib
Professeur d'Ophtalmologie
Ophtalmo - diabétologie
Maladies de la Rétine et Cataracte
Chirurgie des yeux



مصحة المدينة
الدكتور عبد الرحيم شكيب
أستاذ في أمراض وجراحة العيون
داء العينين بالسكري و داء جلاله
أمراض الشبكية وجراحة العيون

ORDONNANCE

N. Ait BASSOU SAALH:

champ visuel

aut omatisée 32

Mme. SERRAJ Hanane Ep. FILALI
CENTRE D'ORTHOPTE - D'ELECTROPHYSIOLOGIE
185, Bd. Abdelmoumen Rés. Walili - Casa
Tél: 05.22.25.00.01 - Fax: 05.22.25.00.01



CENTRE D'ORTHOPTIE - D'ELECTROPHYSIOLOGIE

MME SERRAJ HANANE EP. FILALI

DIPLÔMÉE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER



Le, 07/07/2020

Mr AIT BASSOU SALAH

Cher Docteur,

L'examen du champ visuel automatisé montre au niveau ODG:

Central 24-2 : A/C

OD : Le seuil fovéal (34) dB

Les indices globaux de la déviation totale et individuelle sont normaux.

C/C : Le CV et le THG sont dans les limites normales.

Légère baisse de la sensibilité rétinienne périphérique dans le CV supérieur.
Un déficit assez profond et relatif périphérique supérieur.

OG : Le seuil fovéal (35) dB.

Atteinte diffuse et localisée de la quasi-totalité du CV supérieur avec épargne de quelques points, des points absolus et pseudo-absolus dans le CV inférieur, surtout du côté nasal, objectivée par le schéma de déviation de totale et individuelle et les indices MD et PSD qui sont perturbés à $P < 0.5\%$.

C/C : Le CV et le THG sont hors limites normales.

Amputation du cadran supéro-nasal, reste un îlot de vision central.
Des déficits profonds et assez profonds, para-centraux et périphériques dans le cadran supéro-temporal et dans le cadran inféro-nasal.

Bien à vous

Mme. SERRAJ Hanane Ep. FILALI
CENTRE D'ORTHOPTIE - D'ELECTROPHYSIOLOGIE
185, Bd Abdelmoumen, Rés. Walili - Casai
Tel.: 05 22 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



Casa le 09/07/2020
ICE : 00180477700038
TP : 34309939
IF : 41909940

FACTURE

Nom et Prénom : AIT BASSOU SALAH

Examen : CHAMP VISUEL

Prix : 500 DH

MONTANT : (CINQ CENT DIRHAMS)

Mme. SERRAJ Hanane Ep. FILALI
CENTRE D'ORTHOPTIE - D'ELECTROPHYSIOLOGIE
185, Bd. Abdelmoumen, Rés. Walili Parc, 2^{ème} Et. (Station Tram Faculté Médecine) Casa
Tel.: 05 22 26 26 25 - 06 61 63 34 26