

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Pathologie 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.

## Éducation :

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.

## Prothétique :

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.

## Pathologie 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

Maladie

Dentaire

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6980

Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre : Retraité

Nom & Prénom : AIT BASSAU SALAH

Date de naissance : Janvier 1945

Adresse : Residence AL KHAYRANIA 6, Jemaa Al App 25  
CASA BLANCA MAROC

Tél. : 06 76 39 20 51 Total des frais engagés : 1296,50 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09/07/2010

Nom et prénom du malade : AIT BASSAU SALAH Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : GPsu (ome ODR)

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

Signature de l'adhérent(e) : 

Le : 22/08/2010



## Déclaration de Maladie

N° P19- 0041255

ND : 34807

Optique

Autres

## 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
05/17/20	(5)	1	300	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

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

## ANALYSES - RADIOPHARMACIES

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	
Dr. SERRAJ Hanane Ep. FILALI	03/07/2023		CV			5000 DT

## 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'exploration.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H D B	D 00000000 35533411	H 21433552 00000000 11433553	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

**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 جلالة  
 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

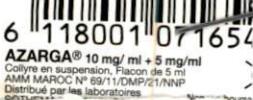
(87,90 x 3) **2/ ALLERGOCOMOD**

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

(71,30 x 9) **3/ TANAKAN CP**

1 cp x 3/j, pendant 3 Mois

1398,8



Steripharma  
 PPV: 57,90 dh

A utiliser avant: / Lot n°

04/2023  
 298414

Steripharma  
 PPV: 57,90 dh

A utiliser avant: / Lot n°  
 02/2022

251616

7130

71,30

71,30

71,30

Steripharma  
PPV: 57,90 dh

A utiliser avant: / Lot n°

**CLINIQUE AL MADINA**  
**D<sup>o</sup>cteur 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 جلالة  
أمراض الشبكية وجراحة العيون

## ORDONNANCE

D. Ail BASSOU SAALH:

—  
Champ visuel

aut omatisé 32

Mme. SERRAJ Hanane Ep. FILALI  
CENTRE D'ORTHOPIE - ELECTROPHYSIOLOGIE  
185, Bd. Alkoutoubia Res. Walili - Casa  
Tél. : 05.22.77.77.40 - 05.22.23.51.03.26



# CENTRE D'ORTHOPTIE - D'ELECTROPHYSIOLOGIE

MME SERRAJ HANANE EP. FILALI

DIPLOMÉE 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 absous et pseudo-absous 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 vison 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, RES. WALILI PARC, 2<sup>ème</sup> ET. (STATION TRAM FACULTÉ MÉDECINE)  
Tél: 0522.26.26.26 / 48.10.86 : 0661.63.34.26 : ha.serraj@gmail.com

# CENTRE D'ORTHOPTIE - D'ELECTROPHYSIOLOGIE

MME SERRAJ HANANE EP. FILALI

DIPLÔMÉE 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, RES. WALILI CASA  
Tel: 05 22 26 26 26 - 0661.63.34.26