

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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 - Immeuble Angin - Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge - Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (L/G) Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W19-511927

ND = 16682

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8834 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : FOUADH MOUDAD

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 71 836515 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 :

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) :



# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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										
				Montant des soins										
				Début d'exécution										
				Fin d'exécution										
<b>O.D.F.</b> Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux											
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	Montant des soins	
	H													
	25533412	21433552												
00000000	00000000													
00000000	00000000													
35533411	11433553													
(Création, Remont, adjonction)		Date du devis												
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		Fin de												

<b>VOLET ADHERENT</b>		NOM : .....	Mle
DECLARATION N°		W18-392293	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois			
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			



W18-392293

DATE DE DEPOT

...../...../201...

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mle 2834
Nom & Prénom		Fouad M. MOURAD
Fonction	Phones	0671834515
Mail		fouad.mourad@gmail.com
<b>MEDECIN</b>		Prénom du patient NISRINE
Adhérent	Conjoint	Enfant
Age	Date 23/10/19	
Nature de la maladie		Date 1ère visite
Affect. oculaire		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
CS + fond d'oeil		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
CS + K <sub>no</sub>	1	300 AOD
<b>PHARMACIE</b>		Date
Montant de la facture		
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>		Date
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX		
Date 20.11.19		
Nombre		Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM
IV		
Bilan Orthoptique		250 DHS
11/12/19		7000,00

Professeur en Ophtalmologie  
Rég. Dar My...  
Professeur en Ophtalmologie  
Rég. Dar My...  
Professeur en Ophtalmologie  
Rég. Dar My...

CABINET D'ORTHOPTE  
OPTIQUE MILLEPOUR CENT  
OPTOMETRISTE

# Professeur Laila RAIS



## الأستاذة ليلي الرايس

Spécialiste en Ophtalmologie & Ophtalmologie Pédiatrique  
Ex-Enseignante à la faculté de Médecine et de Pharmacie - Casablanca

دكتورة مختصة في طب العيون و عيون الأطفال  
استاذة سابقا بكلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء

Casablanca, le mercredi 23 octobre 2019

Mademoiselle FOUADH Nisrine

Oeil Droit :  $(155^\circ - 1,75) + 7,50$

Oeil Gauche :  $(160^\circ - 1,25) + 7,50$

bo et etude de l interet de garder le prisme

CABINET D'ORTHOPTE  
F. MOULAY DRISS  
120, Bd. My Driss 1er  
CASABLANCA  
Tél : 05 22 86 41 23 / 51 - GSM : 06 61 08 06 18

OPTIQUE MILLE POUR CENT  
OPTICIEN  
OPTOMETRISTE  
11/12/13

Professeur Laila RAIS  
Spécialiste en Ophtalmologie  
Adulte et Pédiatrique  
Rés. Dar My Driss 120, Bd. My Driss 1er  
CASABLANCA  
Tél.: 05 22 86 41 23 / 51 - GSM : 06 19 28 36 31

Consultation sur rendez-vous :

Rés. Dar Moulay Driss, 120 Bd Moulay Driss 1<sup>er</sup> - 3<sup>ème</sup> ét. 3 120 شارع مولاي إدريس الأول - طابق 3 إقامة دار مولاي إدريس, 120

Casablanca

Tél.: 05 22 86 41 23 / 51

Urgences: GSM : 06 61 08 06 18

الهاتف: 05 22 86 41 23 / 51

E-mail: cabinetprrais@yahoo.fr / lailaraism@yahoo.fr

الموقع الإلكتروني: www.prlailaraism.ma Site web:

# CABINET D'ORTHOPTIE

JOUAHRI

LAHLOU

## BILAN Strabologique

Nom :

*Melle FOUADH*

Prénom :

*Nisrine*

Date : *20-11-2011*

### INTERROGATOIRE

- Histoire de la Maladie : *Esophrie-trope + amblyopie OG traitée*
- Antécédents Personnels : */*
- Antécédents Familiaux : *Frère strabique*
- Traitements déjà effectués : *CO + occlusions et prismatisme*

### ACUITE VISUELLE :

Loin :	SC :	OD : <i>5/10</i>	Près :	SC :	OD :
		OG : <i>6/10</i>			OG :
	AC :	OD : <i>10/10</i>		AC :	OD : <i>R12</i>
		OG : <i>10/10</i>			OG : <i>R12</i>
Verres Portés :		OD : <i>(155° - 1,75) + 7, SD</i>			
		OG : <i>(160° - 1,25) + 7, SD</i>			

### EXAMEN MOTEUR :

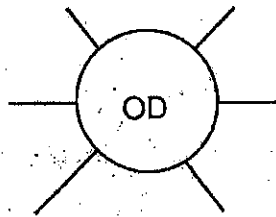
- Inspection :
  - Attitude Vicieuse : */*
  - Deviation : *Esophrie-trope*
  - Nystagmus : *(-)*
  - Autres : */*
- Test de l'Ecran :
 

Loin :	SC :	<i>Esophrie-trope</i>	Près :	SC :	<i>Esophrie-trope</i>
	AC :	<i>Esotropie</i>		AC :	<i>Esotropie</i>

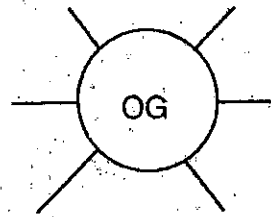
Alterne : */* oeil fixateur : */*
- Mesure de l'Angle :
 

Loin :	SC :	<i>E 25</i>	Près :	SC :	<i>E 10</i>
	AC :	<i>E 14</i>		AC :	<i>E 8</i>
- Incomitances :
  - Versions : */*
  - Latéralité : */*
  - Syndrome Alphabétique : */*
  - DVD : */*

# MOTILITE



up Shoot



s Psmes

Autres Tests

Motilite' normale  
Spasme des dioptries internes.

## EXAMEN SENSORIEL :

- Bagolini

VL  
VP

- Verre Rouge à l'AO :

VL  
VP

Fusion à l'AO.  
u à l'AO.

- Vision Stereoscopique :

- Lang : + + +

- Wirt :

- Tno :

## EXAMEN AU SYNOPTOPHORE :

• Perception de Simultanée :

A<sub>o</sub> :  
A<sub>s</sub> :

• Fusion :

## CONCLUSION :

Essai de prisme :

Fusion avec un prisme de 4 D, base externe, placé devant l'OD.

NB : Nissime arrive à fusionner sans prisme mais elle a peur de ne pouvoir travailler tranquillement -

On va donc le diminuer, pour pouvoir le supprimer prochainement.



# Optique 1000%

Opticien - Optométriste

Facture : N° 0101530

Date : 11/12/19

M. FOUADH NIMINE

Docteur :

Type des Verres : Zeiss 1.74 Superbel bleu

protecte & Spécial

Monture :

plastique

\* Vision de Loin :

OD Axe 155° Cyl -1.75 Sph +7.50 3.000m

OG Axe 160° Cyl -1.75 Sph +7.50 3.000m

\* Vision de Près :

OD Axe Cyl Sph

OG Axe Cyl Sph

**OPTIQUE MIKE POUR CENT**  
**OPTICIEN**  
**OPTOMETRISTE**

Add :

Montant :

7.000m

Arrêtée la Présente Facture à la Somme de :

## CABINET D'ORTHOPTIE

**HOUDA LAHLOU**

Diplômée de la faculté  
de médecine de Montpellier

**FETTOUMA JOUAHRI**

Diplômée de la faculté  
de médecine de Bordeaux

Casablanca, le 20.11.19

### FACTURE

Je soussignée certifie avoir reçu de la part de

Mme-Mr : FOVADH NISRINE

La somme de **250 Dhs** ( Deux cent cinquante dirhams )

\*pour un bilan orthoptique

Examen prescrit par son médecin traitant.

~~CABINET D'ORTHOPTIE  
LAHLOU JOUAHRI  
19 ...  
Tél : 30.63.10~~

19 Rue Hadj Omar Riffi-casablanca Tél :0522-30-63-10

Patentes N° :34307078/34307079

ICE :001930840000067/001986132000013.

**Professeur Laila RAIS**



Spécialiste en Ophtalmologie & Ophtalmologie Pédiatrique  
Ex-Enseignante à la faculté de Médecine et de Pharmacie - Casablanca

**الأستاذة ليلى الرايس**

دكتورة مختصة في طب العيون و عيون الأطفال  
استاذة سابقا بكلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء

Le ..... 23/10/19 .....

INPE 091033084

BON DE REGLEMENT

Reçu de .....  
Mr/Mme/Melle. .... F. A. M. N. S. R. A. I. S.

La Somme de : ..... QUATRE CENT Dhs.  
..... 400 Dhs.

Pour : ..... Consultation .....  
.....

Consultation sur rendez-vous :

Rés. Dar Moulay Driss, 120 Bd Moulay Driss 1<sup>er</sup> - 3<sup>ème</sup> ét. 3<sup>ème</sup> - 3<sup>ème</sup> طابق - شارع مولاي إدريس الأول - 120 إقامة دار مولاي إدريس،  
Cacablanca الدار البيضاء

Tél.: 05 22 86 41 23 / 51

Urgences: GSM : 06 61 08 06 18 المحمول

الهاتف: 05 22 86 41 23 / 51

E-mail: cabinetprrais@yahoo.fr / lailaraism@yahoo.fr

الموقع الإلكتروني: www.prlailaraism.ma Site web:

11H UPS

129

6R

2V K18



CARL ZEISS VISION France SAS  
Rue Augustin Fresnel  
CS 60610 35306 FOUGERES CEDEX

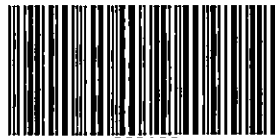
Livré à **009166**  
**MULTILENS**  
**2 RUE BACHIR IBRAHIMI IM**  
**CHAIMAA**  
**20500 CASABLANCA MAROC**



0004344918



44918001



009166



CZV9B660009861277



009166 CASABLAN

Bon de Livraison N° 0004344918 Du 06/12/2019 à 11h31.39

Porteur : FOUADH NISRINE/NOUVEAU

**Bordereau de Livraison**

L'expédition s'effectue conformément à nos conditions de paiement et de livraison Générales.

FREDERIQUE 27/11		Client n° 009166	Votre commande N° 156090001002001				Bon de Livraison N° 0004344918		Page 1
Cat0 Pas de restriction d'usage							Référence client 009166 CASABLAN	Date Livraison 06/12/2019	
Quant.	Article	Ø	Sph	Cyl	Prisme	B	Addition	Prix unit.	Montant H.T
1	ZEISS UF Superb 174 BP Ref CZV 744463 / L001 Edi 929350 Optima design/aminci , PRISME HORS GAMME 271127NOUR	65	+5.75	+1.75	4.00	180	-		
1	ZEISS UF Superb 174 BP Ref CZV 744464 / L001 Edi 929350 Optima design/aminci	65	+6.25	+1.25	-	-	-		

CARL ZEISS VISION SAS au capital de 480192 Euros 619 200 850 RCS Rennes SIRET 619 200 850 00080 Code APE 3250 B

CARL ZEISS VISION SAS au capital de 480192 Euros 619 200 850 RCS Rennes SIRET 619 200 850 00060 Code APE 3250 B

Commandé par **009166**  
**MULTILENS**  
**2 RUE BACHIR IBRAHIMI IM**  
**20500**  
**CASABLANCA MAROC**



20191127156090001

client : 009166



FOUADH NISRINE/NOUVEAU  
Ref.: CZV9B660009861277  
ZEISS UF Superb 174 BP

27/11/19

	Sphère	Cylindre	Axe	Addition	Prisme	Base
Droit :	+5.75	+1.75	65	-	4.00	180
Gauche :	+6.25	+1.25	70	-	-	-
D VL°:	+5.75	+1.55	66	-	4.00	181
D VP°:	-	-	-	-	-	-
G VL°:	+8.17	+1.29	68	-	-	-
G VP°:	-	-	-	-	-	-

\* Puissances à mesurer

Cat: 0

BL N° 0004344918



## CABINET D'ORTHOPTIE

**Fettouma JOUAHRI**

*Diplômée de la faculté de  
Médecine de Bordeaux.*

**Houda LAHLOU**

*Diplômée de la faculté de  
Médecine de Montpellier.*

Casablanca , le 20 – 11 – 2019

Docteur ,

Le bilan orthoptique de **Mlle FOUADH Nisrine** montre une esophorie-tropie de loin et de près , nettement mieux compensée qu'il y a deux ans , avec une isoacuité à 10/10 .

L'examen de sa motilité est normal .

Son bilan sensoriel révèle une diplopie avec une fusion binoculaire à l'angle objectif , et une stéréoscopie grossière .

Avec sa correction optique , Nisrine arrive à voir simple , mais elle décrit un dédoublement intermittent de l'image , qui la stresse ; on a donc essayé de diminuer la puissance du prisme à 4D , dans l'optique de le supprimer dans quelques mois .

### CONCLUSION :

Il serait souhaitable de prescrire un prisme de 4D , base externe devant l'OD , de le faire porter 4 à 6 mois , puis on essaiera de le supprimer .

Avec tous mes remerciements .

  
CABINET D'ORTHOPTIE  
LAHLOU JOUAHRI  
Tel : 30.63.10 - Casablanca