

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

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 d'El Hachemi - Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° P19- 0044476

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12412 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : D. P. A. T. G. A. I. L. A.

Date de naissance : 01/01/1982

Adresse : NSR

Tél. : 0661078832 Total des frais engagés : 524 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 25/11/2020

Nom et prénom du malade : LAILA DIBAJI Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Cancer

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 : CASAB


Signature de l'adhérent(e) : Le : 28/11/2020

ACCUEIL

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
05/11/2020	1.85	1	GRATUIT	 Dr. Laila LAAROUS Ophthalmologue 119, Bd. Abdelmoumen 1er Etage N° 7 Casablanca - Tél/Fax: 05 22 47 16 78 E-mail: cablacrouss@gmail.com


EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie L'Espresso 23, Bd. Abdelmoumen 1er Etage N° 7 Casablanca - Tél: 05 22 47 16 78	25/11/20	226,-

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

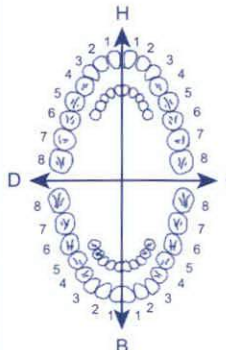
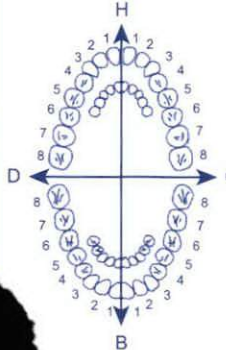
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	R C	I M	I V	
 Dr. Laila LAAROUS Ophthalmologue 119, Bd. Abdelmoumen 1er Etage N° 7 Casablanca - Tél/Fax: 05 22 47 16 78 E-mail: cablacrouss@gmail.com	21/12/2020					3000H

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
					MONTANTS DES SOINS													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES				DEBUT D'EXECUTION														
					FIN D'EXECUTION													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <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>D</td><td>G</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td colspan="2">B</td></tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS															
			DATE DU DEVIS															
			DATE DE L'EXECUTION															

ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Laila LAAROUSSI
Ophtalmologue



الدكتورة ليلى لعروصي
إختصاصية في طب و جراحة العيون

- Chirurgie de la cataracte (phako)
- Strabisme - Glaucome - Voies lacrymales
- Echographie - Angiographie - Laser
- Correction optique (LASIK)
- Médecin agréé pour la visite Médicale de Permis de Conduire

- جراحة الجلالة - الحول - مسالك الدموع
- داء الزرق - تصوير أوعية الشبكة
- علاج الشبكة المصابة بالسكري بالليزر
- تصحيح البصر لايذك
- طبية معتمدة للفحص الطبي
- لرخصة السياقة

25/11/2020

hair.

DiBijit

Th 20

y Angio Onco

1M x 31 7 1h

1301-2

MAILED

2

MAC
DEF. r
Zound

98

tel: 01 47 37 11 11

Doc 83, Rue 7

Dr. Laila LAAROUSSI
Ophtalmologue
110, Bd. Abdelmoumen 1er Etage N°
Casablanca - Tel/Fax: 05 22 47 16
l.laaroussi@gmail.com

Bd Abdelmoumen 1er étage, n° 7 - Casablanca - Tél/Fax : 05 22 47 16 78 - E-mail : cablaaroussi@gmail.com
aroussi@gmail.com : البريد الإلكتروني - 05 22 47 16 78 : الفاكس - الهاتف/البضاء - رقم 7 - الدار البيضاء - الطابق الأول، شارع عبد المومن، 119



- Chirurgie de la cataracte (phako)
- Strabisme - Glaucome - Voies lacrymales
- Echographie - Angiographie - Laser
- Correction optique (LASIK)
- Médecin agréé pour la visite Médicale de Permis de Conduire

- جراحة الجلالة - الحول - مسالك الدموع
- داء الزرق - تصوير أوعية الشبكة
- علاج الشبكة المصابة بالسكري بالليزر
- تصحيح البصر لايترك
- طبيبة معتمدة للفحص الطبي
- لرخصة السياقة

25/11/2020.

Ridha

Dirabi

Bah

onkha

Dr. Laila LAAROUSSI
Ophtalmologue

119, Bd. Abdelmoumen 1er étage, n° 7
Casablanca - Tél./Fax: 05 22 47 16 78
E-mail : cablaaroussi@gmail.com



- Chirurgie de la cataracte (phako)
- Strabisme - Glaucome - Voies lacrymales
- Echographie - Angiographie - Laser
- Correction optique (LASIK)
- Médecin agréé pour la visite Médicale de Permis de Conduire

- جراحة الجلالة - الحول - مسالك الدموع
- داء الزرق - تصوير أوعية الشبكية
- علاج الشبكية المصابة بالسكري بالليزر
- تصحيح البصر لايذك
- طبية معتمدة للفحص الطبي
- لخصة السياقة

BILAN ORTHOPTIQUE

CASA Le 21/02/2020

Bilan adressé par : Dr.LAAROUSSI LAILA

Nom : DIBAJI

Bilan fait par : Orthoptiste

Prénom : LAILA

L'interrogatoire :

- Signe fonctionnel : Vision flou en Vp.
- ATCD Orthoptique : **strabisme divergent congénital a l'âge de 3 ans.**

Acuité visuelle :

Correction portée :

OD : -0.50(-0.50 à 171)ADD +1.75

OG : -0.25 ADD +1.75

Correction prévue :

OD : -0.50(-0.50 à 175)ADD +1.75

OG : +0.50(-0.50 à 128) ADD +1.75

A.C:

VL	OD	10/10
VL	OG	10/10

VP	OD	P 2
VP	OG	P 2

Bilan Sensorielle :

- Verre Rouge : Fusion.
- Vision Stéréoscopie : Etoile (-)

Bilan Moteur :

-E.S.E : S.C | X't14 X't12 A.C | XT14' Xt12

-l'œil directeur : OD / Motilité : équilibrée / RDC : BON.

Conclusion :

- Strabisme divergent OD S.C et A.C de prés et en VL.
- CRA, neutralisation de l'OD.
- un RDC moyen

Correction proposée

OD : -0.50(-0.50 à 175)ADD +1.75

OG : +0.50(-0.50 à 128) ADD +1.75

Je propose avec votre accord deux correction optique VL et VP :

VL : OD : -0.50(-0.50 à 175)

OG : +0.50(-0.50 à 128)

VP : OG : +1.75

OG : +1.75

Dr. Laila LAAROUSSI
Ophtalmologue
119, Bd Abdelmoumen 1er Etage N° 7
Casablanca - Tél/Fax : 05 22 47 16 78
E-mail : cablaaroussi@gmail.com



- Chirurgie de la cataracte (phako)
- Strabisme - Glaucome - Voies lacrymales
- Echographie - Angiographie - Laser
- Correction optique (LASIK)
- Médecin agréé pour la visite Médicale de Permis de Conduire

- جراحة الجلالة - الحول - مسالك الدموع
- داء الزرق - تصوير أوعية الشبكة
- علاج الشبكة المصابة بالسكري بالليزر
- تصحيح البصر لايترك
- طبية معتمدة للفحص الطبي
- لرخصة السياقة

FACTURE

Date : 21/02/2020

Nom/Prénom : DIBAJI LAILA

DIBAJI LAILA

INPE : 091170019

ICE : 00827046000078

IP : 36399408

IF : 40165291

Désignation	Prix unitaire DH	Prix total DH
BILAN ORTHOPTIQUE	300	300

Montant Total

300,00 Dh

Signature :

Dr. Laila LAAROUSSI
Ophtalmologue
119, Bd Abdelmoumen 1er Etage N° 7
Casablanca - Tél : 05 22 47 16 78
E-mail : cablaaroussi@gmail.com