

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.

Biologie 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.

Education :

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.

Prothèse :

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° M21- 068629

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11229 Société : (8404)

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : LAGZIFI SAMIR

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0663-669758 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Yassine 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : 

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

- 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 - 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° W19-527134

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

11779

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

LACAZIRI Samir

Date de naissance :

08/02/1975

Adresse :

0663669759

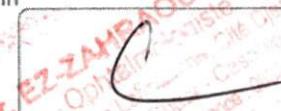
Total des frais engagés :

500,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

21/02/2018

Nom et prénom du malade :

LACAZIRI YASSIR

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

correction optique + affection oculaire

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 :

Le : 21/02/2018

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-527134

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

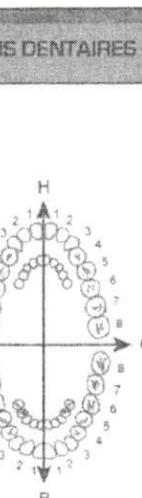
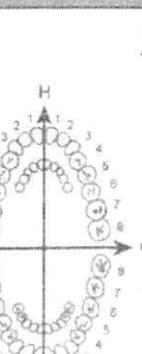
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
01.07.1994	C	5 00	200.00	INP : 931136543

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	7	

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		AM	PC	IM	IV		
<i>SERRA Fabrice D'ESPAGNE RUE DE LA REINE, 10 63100 Clermont-Ferrand</i>	<i>03/09/2021</i>		<i>B-0</i>			<i>300,00</i>	

VOLET ADHERENT

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'ODF.						
	SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
					COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
					DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>	
					FIN D'EXECUTION <input type="text"/>	
	D.O.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
			H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B			
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>	
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	

Docteur EZ-ZAHRAOUI Mohamed Réda
Ophtalmologiste

* Diplômé de la Faculté de Médecine de Rabat et Marrakech
* Diplôme universitaire en OCT - Université de Bordeaux
* Ancien Médecin des Hôpitaux Lyon (France)

الدكتور الزهراوي محمد رضا
أخصائي في أمراض و جراحة العيون

* خريج كلية الطب بالرباط و مراكش
* دبلوم جامعي في التصوير المقطعي للشبكية - جامعة بوردو
* طبيب سابق بمستشفيات ليون (فرنسا)

Casablanca, le :

01/07/2021

الدار البيضاء، في:

T'laggini yassen

Plan orthoptique

RA 8, 80/80 = +1,75 (-4,50 à 13°)
+ 2 (-3,75 à 15°)

Mme. SERRAJ Hanane Ep. FILM
CENTRE D'ORTHOPIE - D'ELECTROPHYSIOLOGIE
185, Bd. Abdelmoumen Rés. Walili - Casablanca
Tél. 05 22 29 18 29 - 05 39 75 75 70

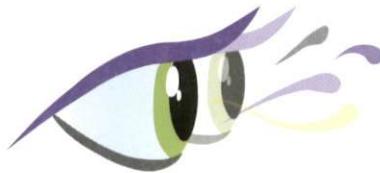
Dr. EZ-ZAHRAOUI REDA
Ophtalmologiste
219, Avenue Lahraouine (Madania) Cité Djemaâ
2ème étage, Sbata - Casablanca
Tél. 05 22 29 18 29 - Urgence: 06 39 75 75 70

العنوان : 219 ، شارع الهراءين (المدينة) قرية الجماعة، سباتا، الطابق الثاني (فوق صيدلية الراحة) - الدار البيضاء
الهاتف : 05 22 29 18 29 - 06 39 75 75 70 - المستعجلات :

219, Avenue Lahraouine (Madania) Cité Djemaâ , Sbata 2^{ème} étage (au dessus de pharmacie Erraha) - Casablanca

Tél : 05 22 29 18 29 - Urgences : 06 39 75 75 70

CENTRE D'ORTHOPTIE - D'ELECTROPHYSIOLOGIE
MME SERRAJ HANANE EP. FILALI
DIPLOMÉE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER



Casa le 03/09/2021
ICE : 001804777000038
TP : 34309939
IF : 41909940

FACTURE

Nom et Prénom : LAGZIRI YASSER

Examen : BILAN ORTHOPTIQUE

Prix : 300 DH

MONTANT : (TROIS CENT DIRHAMS)

*I. Mme SERRAJ hanane Ep. FILALI
CENTRE D'ORTHOPTIE - D'ELECTROPHYSIOLOGIE
185 Bd Abdelmoumen Res. Walili - Casa
T : 0522.26.26.26 / GSM : 06.61.63.34.26*

CENTRE D'ORTHOPTIE - D'ELECTROPHYSIOLOGIE

MME SERRAJ HANANE EP. FILALI

DIPLOMÉE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER



CASA, Le 03/09/2021

Cher Docteur,

L'examen de l'enfant LAGZIRI YASSER (3 ans) montre les éléments suivants :

INTERROGATOIRE

Exotropie de l'OG constatée il y a 2 ans.

ACUITE VISUELLE

Correction après skia(1): OD = +1.75 (-4.50 à 13°) / OG = +2.00 (-3.75 à 159°)

Correction intermédiaire(2): OD = +0.75 (-4.00 à 13°) / OG = +1.00 (-3.50 à 159°)

VL S/C OD	5 à 6/10	VP S/C OD	P2
VL S/C OG	3 à 4/10	VP S/C OG	P2
VL A/C OD	7 à 8/10	VP A/C OD	P2
VL A/C OG	5 à 6/10	VP A/C OG	P2

EXAMEN MOTEUR

Mesure de l'angle : ESE(en Dioptries)

VL S/C: XXT → XT = 30

A/C (2): XXT → XT = 20 à 25

VP S/C: X'X'T → X'T = 40

A/C (2): X'X'T → X'T = 35

Alternance : ODP

Motilité oculaire: Equilibrée

Syndrome V

EXAMEN SENSORIEL

Ne coopère pas

Synoptophore

S/C : AO = - 25

A/C(2): AO = - 20

CONCLUSION

Exophorie-tropie décompensée en VL et VP.

Sur le plan visuel et sensoriel : AV OG < AV OD .

Sur le plan moteur : l'angle diminue légèrement A/C.

Je propose le port de cette correction optique (2) :

OD = +0.75 (-4.00 à 13°) / OG = +1.00 (-3.50 à 159°)

Et le revoir pour décider du traitement orthoptique.

Prévoir port de prisme.

Bien à vous

Mme. SERRAJ Hanane EP. FILALI
CENTRE D'ORTHOPTIE - D'ELECTROPHYSIOLOGIE
105, Bd. Abdelmoumen Res. Walili - Casablanca
0522.26.26.26 / 48.10.86

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

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