

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.

Educations :

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 canaux, 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 canaux.

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- 061696

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5396

Société : R.A.M.

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ZAKARIA IMANE

Date de naissance : 02/04/1961

Adresse : 159, MANJARONA, SIDI-MAAROUF, CASA

Tél. : 0661627057

Total des frais engagés : 500,00 DHS

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. CHAHBI Mohammed
Ophtalmologiste
544, boulevard panoramique, californie,
casablanca 20400

Date de consultation : 03/12/2021

Nom et prénom du malade : ZAKARIA IMANE

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Atteinte 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 : CASABLANCA

Le : 14/12/2021

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
03/12/2021	G		64	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

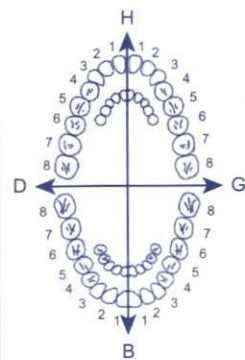
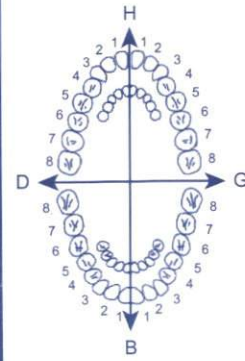
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	04 DEC 2021		Chargé			502.3

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 canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				Coefficient DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>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>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	Coefficient DES TRAVAUX	
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B	B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS															
			DATE DU DEVIS															
		DATE DE L'EXECUTION																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



ORDONNANCE

Casablanca le 03/12/2021

M ZAKARIA IMANE

Champ vision /

DR. CHAHBI Mohammed
Ophth. Imitologiste

544, boulevard panoramique, californie,
Casablanca 20150
Tél : 0522 50 15 15

ALAE BAGHDADI
ORTHOPTISTE

Res. Naim, Bd. Abou Bakr el kadir
Imm. 6-7 Apt. 3^{ème} Etg. Sidi maarouf
Casablanca Tél 0522 97 36 92



ALAE BAGHDADI

ORTHOPTISTE

Rés Naim, Bd Abou Baker El Kadiri

Imm :6-7, Sidi Maarouf

TEL :05.22.97.36.92

Casablanca, le 04/12/2021

N° PATENTE :36100501

IF :40256980

ICE :001855006000012

CNSS :4686301

FACTURE
ALAE BAGHDADI
ORTHOPTISTE
Res.Naim, Bd. Abou Bakr el kadiri
Imm.6-7 Appt 9 3ème Etg - Sidi maarouf
Casablanca Tél 0522 97 36 92

Je soussigné que j'ai bien effectué un champ visuel (K15)

Pour **Mme ZAKARIA Imane** pour une somme de 500dhs.

Total : 500Dhs (Cinq cents dirhams)

ALAE BAGHDADI
ORTHOPTISTE
Res.Naim, Bd. Abou Bakr el kadiri
Imm.6-7 Appt 9 3ème Etg - Sidi maarouf
Casablanca Tél 0522 97 36 92

ALAE BAGHDADI

ORTHOPTISTE

Rés Naim, Bd Abou baker El Kadiri

Imm: 6-7, Sidi Maarouf

TEL : 05.22.97.36.92

Casablanca, le : 04/12/2021

Cher docteur,

L'examen du champ visuel de Mme ZAKARIA Imane âgée de 60 ans au test de seuil central 24-2 avec sa correction :

1) Pour l'œil droit :

- Seuil fovéal à 28DB.
- Atteintes diffuses objectivées localisées sur les deux schémas de la déviation totale et individuelle par des points absolus,pseudo-absolu sur presque la totalité du champ qui se traduit par des indices MD et PSD très perturbés ($P<0.5\%$).
- Test d'hémi champ glaucomateux= en dehors des limites normales.

2) Pour l'œil gauche :

- Seuil fovéal à 5 DB.
- Atteintes diffuses objectivées localisées sur les schémas de la déviation totale et individuelle par des points absolus,pseudo-absolus et relatifs au niveau du CV supéro et inféro temporal et supéro nasal qui se traduit par des indices MD et PSD très perturbés ($P<0.5\%$).
- Test d'hémi champ glaucomateux= en dehors des limites normales.

Conclusion :

L'examen présente une baisse de sensibilité rétinienne profonde coeco central et périphérique supéro et inféro nasal pour l'OD et une atteinte coeco central ,avec un ressaut nasal supérieur pour l'OG.

Bien à vous.

ALAE BAGHDADI
ORTHOPTISTE
Rés Naim, Bd Abou Baker El Kadiri
Imm: 6-7, Sidi Maarouf
TEL : 05.22.97.36.92

Nom: ZAKARIA IMANE

DDN: 02-04-1961

ID:

Test de seuil central 24-2

Contrôle de fixation: Suivi regard/T.A.

Stimulus: III, Blanc

Diamètre de la pupille: 4.6 mm

Date: 04-12-2021

Cible de fixation: Central

Fond: 31.5 ASB

Acuité visuelle:

Heure: 09:45

Pertes de fixation: 2/13

Stratégie: SITA-Standard

RX: DS DC X

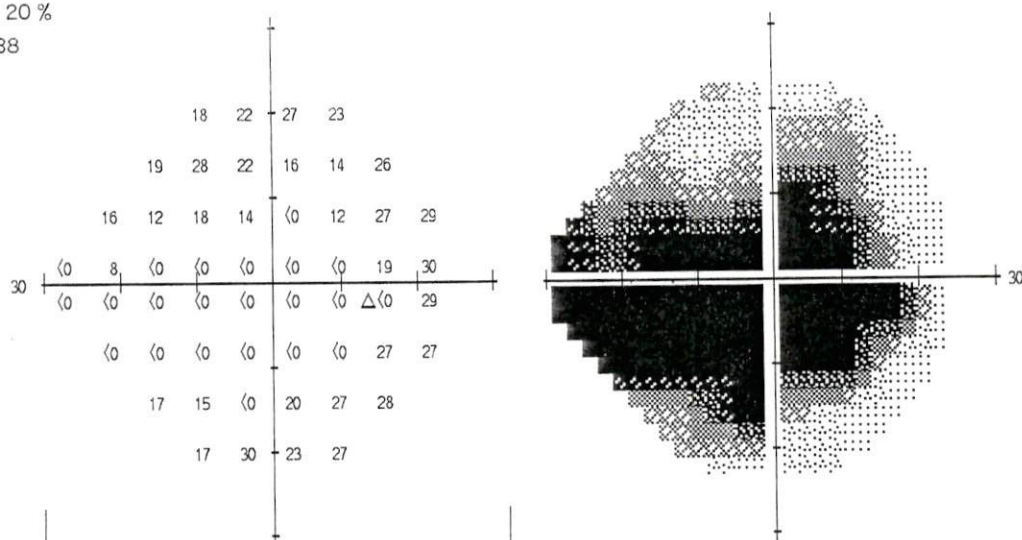
L'âge: 60

Erreurs faux pos.: 0 %

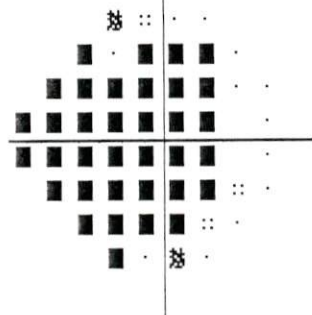
Erreurs faux nég.: 20 %

Durée du test: 08:38

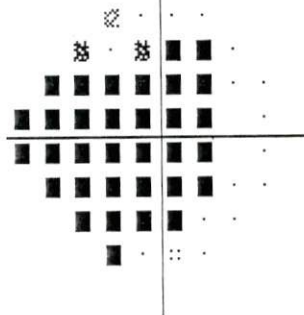
Fovéa: 28 dB ■



-9	-5	0	-3
-10	-1	-8	-13 -15 -2
-12	-18	-13	-17 -33 -18 -2 1
-29	-21	-33	-34 -34 -34 -33 1
-29	-31	-33	-34 -35 -34 -34 -1
-31	-33	-34	-34 -34 -33 -4 -2
-12	-15	-33	-11 -3 -2
-12	0	-6	-2

Déviation
otale

-7	-2	2	-1
-8	1	-6	-11 -13 0
-10	-16	-11	-15 -31 -16 0 3
-27	-19	-31	-32 -32 -32 -31 3
-27	-29	-31	-32 -32 -32 -32 2
-29	-31	-32	-32 -32 -31 -2 0
-10	-13	-31	-9 -1 0
-10	2	-4	0

Déviation
individuelle

:: < 5%
 ■ < 2%
 ■ < 1%
 ■ < 0.5%

THG

Hors limites normales

MD -20.75 dB P < 0.5%

PSD 14.35 dB P < 0.5%

CABINET ORTHOPTIQUE

ALAE BAGHDADI

AV ABOU BAKR EL KADIRI IMM 6 RES NAIM

SIDI MAAROUF - CASABLANCA

TEL:0522973692/GSM:0600064440

Oeil: Gauche

DDN: 02-04-1961.

ID:

Test de seuil central 24-2

Stimulus: III, Blanc

Diamètre de la pupille: 3.9 mm

Date: 04-12-2021.

Fond: 31.5 ASB

Acuité visuelle:

Heure: 10:00

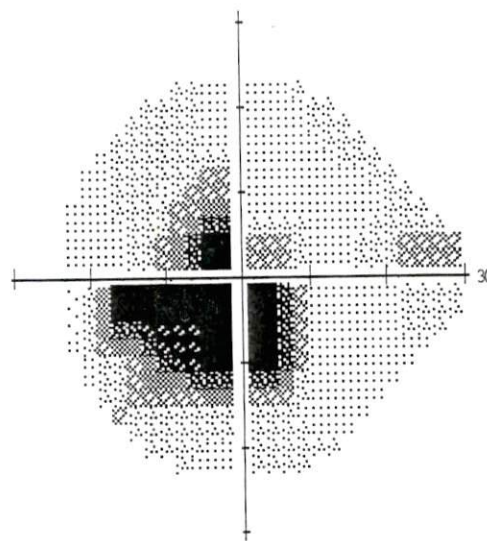
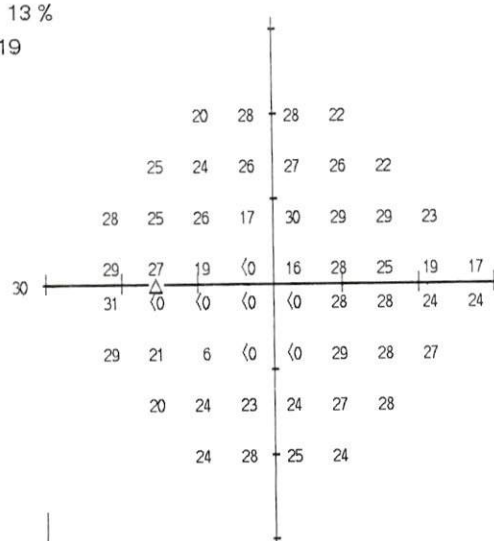

Stratégie: SITA-Standard

RX: DS DC X

L'âge: 60

Erreurs faux nég.: 13 %

Durée du test: 07:19

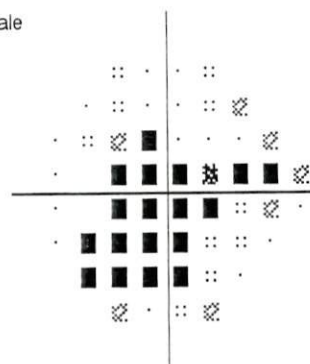
Fovéa: 5 dB 
$$\begin{array}{cccc|cccc} & -7 & 2 & & 1 & -5 & & \\ & -2 & -4 & -3 & -2 & -4 & -6 & \\ 0 & -4 & -4 & -14 & -2 & -2 & -1 & -6 \\ 0 & & -12 & -34 & -16 & -4 & -6 & -11 & -9 \\ \hline 1 & & -34 & -34 & -35 & -5 & -3 & -5 & -3 \\ -1 & -9 & -25 & -34 & -34 & -3 & -3 & -2 & \\ & -10 & -7 & -8 & -7 & -3 & -1 & & \\ & & -5 & -1 & -4 & -5 & & & \end{array}$$
$$\begin{array}{cccc|cccc} & -5 & 3 & & 2 & -3 & & \\ & -1 & -3 & -2 & -1 & -2 & -5 & \\ 1 & -3 & -3 & -13 & -1 & -1 & 0 & -5 \\ 1 & & -11 & -33 & -15 & -3 & -5 & -9 & -8 \\ \hline 2 & & -32 & -33 & -33 & -4 & -2 & -4 & -1 \\ 0 & -8 & -24 & -33 & -33 & -2 & -2 & -1 & \\ & -9 & -6 & -7 & -6 & -2 & 0 & & \\ & & -4 & 0 & -3 & -4 & & & \end{array}$$

THG

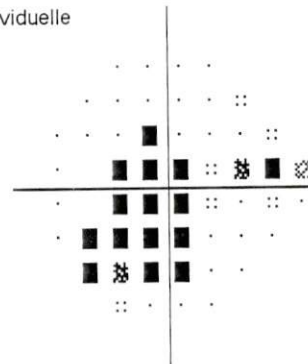
Hors limites normales

MD -9.92 dB $P < 0.5\%$

PSD 12.39 dB P < 0.5%

Déviation
otale

Déviati
ndividuelle



:: < 5%
 ▨ < 2%
 ▩ < 1%
 ■ < 0.5%

CABINET ORTHOPTIQUE

ALAE BAGHDADI

AV ABOU BAKR EL KADIRI IMM 6 RES NAIM

SIDI MAAROUF - CASABLANCA

TEL:0522973692/GSM:0600064440