

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.

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 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° P19- 050951

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5669 Société : RAM 101293
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : MEKKI BERRADA LAMIA
Date de naissance : 08/02/60
Adresse : Avenue TANTAN Residence ANNOUR 7
Bourgoane
Tél : 0661312497 Total des frais engagés : 2015,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25/10/2024
Nom et prénom du malade : MEKKI BERRADA LAMIA Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Affoiblissement
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 : 25/10/2024
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
25/10/21	G91/1		30000	
25/10/21	G8A		50000	
25/10/21	Révisé/le		30000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25/10/2021	915,00 dh

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

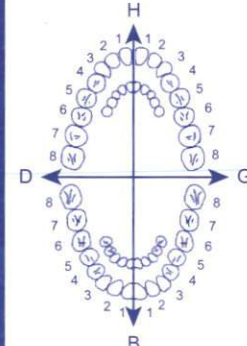
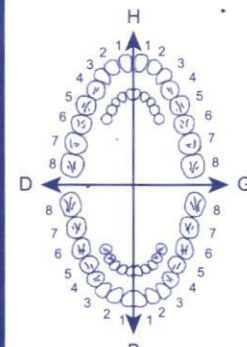
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

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></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H		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																						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Professeur DAOUDI DRISSI Jaâfar
Chirurgien Ophtalmologiste



الدكتور الداودي الإدريسي جعفر
أمراض و جراحة العيون

- Ex. Attaché au CHU de Nantes : Chirurgie du Strabisme et ophtalmo Pédiatrie.
- Ex. Professeur - enseignement sup. - assistant - Faculté de médecine de Casablanca.
- Président et fondateur : Association Marocaine de Strabologie et Ophtalmo Pédiatrie.
- Diplômé en Chirurgie Réfractive et Cataracte - Besançon - France.
- Diplômé en Chirurgie Vitéo-Rétinienne - Nancy - France.
- Diplômé en Posturologie Clinique - Marseille - France.

- ملحق بمستشفيات نانت : جراحة الحول.
- أستاذ سابقا بكلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء.
- رئيس و مؤسس : الجمعية المغربية لطب عيون الأطفال والحول.
- حاصل على دبلوم في جراحة الساد والإنكسارية بكلية الطب بيزانسان.
- حاصل على دبلوم في جراحة الشبكية والماء الزجاجي بنانسي.
- حاصل على دبلوم في علم تقويم الجسم بمرسيليا.

25 octobre 2021

Mme MEKKI BERRADA LAMIA

PHARMACIE DE BOURGOGNE
BERRADA TAZI Halima
341, Bd. Zerkouni - Casablanca
Tél : 05.22.27.73.44

147,00 x 2 = 294,00

THEALOSE COLLYRE



1 goutte 3 fois / jour et à la demande, dans les deux yeux, pendant 3

Mois

79,00 x 3 = 237,00

VITAPOS

1 application le soir, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

98,00 x 3 = 294,00

NAVILIPO

1 goutte 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

99,00

NAVILIPOL

1 pp le soir

915,00 TTC

Pr. DAOUDI D. Jaâfar
Ophtalmologue
10, Place des Nations Unies
Tél : 05 22 22 37 76 - 05 22 29 81 19

10, Place des Nations Unies, 3 ème étage (en face Station Tramway)
8, Bd Mohamed V, au dessus de Mc Donalds - Casablanca.
Tél : 05 22 22 37 76 - 05 22 29 81 19 - Email : strabismedaoudi@hotmail.fr
INPE : 091043851

5 غ درهم للعين مع فيتامين A
خال من المواد الحافظة
يستعمل للعين



مرهم للعين



LOT

PPC:

فيتا بوس

79,00



Théa CE 0459

Théa CE 0459



Professeur DAOUDI DRISSI Jaâfar
Chirurgien Ophtalmologiste



الدكتور الداودي الإدريسي جعفر
أمراض و جراحة العيون

- Ex. Attaché au CHU de Nantes : Chirurgie du Strabisme et ophtalmo Pédiatrie.
- Ex. Professeur - enseignement sup. - assistant - Faculté de médecine de Casablanca.
- Président et fondateur : Association Marocaine de Strabologie et Ophtalmo Pédiatrie.
- Diplômé en Chirurgie Réfractive et Cataracte - Besançon - France.
- Diplômé en Chirurgie Vitéo-Rétinienne - Nancy - France.
- Diplômé en Posturologie Clinique - Marseille - France.

- ملحق بمستشفيات نانت : جراحة الحول.
- أستاذ سابقا بكلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء.
- رئيس و مؤسس : الجمعية المغربية لطب عيون الأطفال والحول.
- حاصل على دبلوم في جراحة الساد و الإنكسارية بكلية الطب بيزانسان.
- حاصل على دبلوم في جراحة الشبكية والماء الزجاجي بنانسي.
- حاصل على دبلوم في علم تقويم الجسم بمرسيليا.

25/10/2021

Mme MEKKI BERRADA LAMIA

Reçu pour
honoraire Rétinographie

300 DH

(TROIS CENT Dirhams)

Pr. DAOUDI D. Jaâfar
Ophthalmologue
10, Place des Nations Unies - Casa
Tél : 05 22 29 81 19 - 05 22 22 37 76

Professeur DAOUDI DRISSI Jaâfar
Chirurgien Ophtalmologiste



الدكتور الداودي الإدريسي جعفر
أمراض و جراحة العيون

- Ex. Attaché au CHU de Nantes : Chirurgie du Strabisme et ophtalmo Pédiatrie.
- Ex. Professeur - enseignement sup. - assistant - Faculté de médecine de Casablanca.
- Président et fondateur : Association Marocaine de Strabologie et Ophtalmo Pédiatrie.
- Diplômé en Chirurgie Réfractive et Cataracte - Besançon - France.
- Diplômé en Chirurgie Vitéo-Rétinienne - Nancy - France.
- Diplômé en Posturologie Clinique - Marseille - France.

- ملحق بمستشفيات نانت : جراحة الحول.
- أستاذ سابقا بكلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء.
- رئيس و مؤسس : الجمعية المغربية لطب عيون الأطفال والحول.
- حاصل على دبلوم في جراحة الساد و الإنكسارية بكلية الطب بيزانسان.
- حاصل على دبلوم في جراحة الشبكية والماء الزجاجي بنانسي.
- حاصل على دبلوم في علم تقويم الجسم بمرسيليا.

25/10/2021

Mme MEKKI BERRADA LAMIA

FACTURE POUR EXPLORATION DE LA SURFACE OCULAIRE

500 DH

CINQ CENT DIRHAMS.

Pr. DAOUDI D. Jaâfar

Ophtalmologiste

10, Place des Nations Unies - Casa
Tél : 0522 29 81 19 - 05 22 22 37 76

Madame MEKKI BERRADA LAMIA
pensionnée RAM.
n° 5669

CASA le 25 janvier 2022

A Monsieur le Directeur de la
MUPRAS

Monsieur le directeur,

Je viens par la présente vous demander de bien vouloir
m'accorder une dérogation concernant la date de mon
dépôt de mutuelle car j'avais une maladie chronique
des yeux.

Veuillez agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de mes
salutations distinguées

Lamia Mekki Berrada



Professeur DAOUDI DRISSI Jaâfar
Chirurgien Ophtalmologiste



الدكتور الداودي الإدريسي جعفر
أمراض وجراحة العيون

- Ex. Attaché au CHU de Nantes : Chirurgie du Strabisme et ophtalmo Pédiatrie.
- Ex. Professeur - enseignement sup. - assistant - Faculté de médecine de Casablanca.
- Président et fondateur : Association Marocaine de Strabologie et Ophtalmo Pédiatrie.
- Diplômé en Chirurgie Réfractive et Cataracte - Besançon - France.
- Diplômé en Chirurgie Vitéo-Rétinienne - Nancy - France.
- Diplômé en Posturologie Clinique - Marseille - France.

- ملحق بمستشفيات نانت : جراحة الحول.
- أستاذ سابقا بكلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء.
- رئيس و مؤسس : الجمعية المغربية لطب عيون الأطفال و الحول.
- حاصل على دبلوم في جراحة الساد و الإنكسارية بكلية الطب ببيزانسان.
- حاصل على دبلوم في جراحة الشبكية و الماء الزجاجي بنانسي.
- حاصل على دبلوم في علم تقويم الجسم بمرسيليا.

Casablanca, le 25/10/2021

Compte Rendu du système d'analyse de la surface oculaire

Mme MEKKI BERRADA LAMIA

➤ **Œil droit:**

○ **Interferométrie:**

-Mesures de l'épaisseur de la couche lipidique (échelle de classification internationale du Dr Guillon): B

○ **Meibographie IR: (PS-PI)**

-Pourcentage de la surface perdue des glandes de meibomius: 23%

○ **Test non effractif du temps de rupture du FL (NIBUT): 10.1s**

○ **Ménisque lacrymal (hauteur du ménisque lacrymal):**

-Volume lacrymal: 0.16 mm

➤ **Œil gauche:**

○ **Interferométrie:**

-Mesures de l'épaisseur de la couche lipidique (échelle de classification internationale du Dr Guillon): A

○ **Meibographie IR: (PS-PI)**

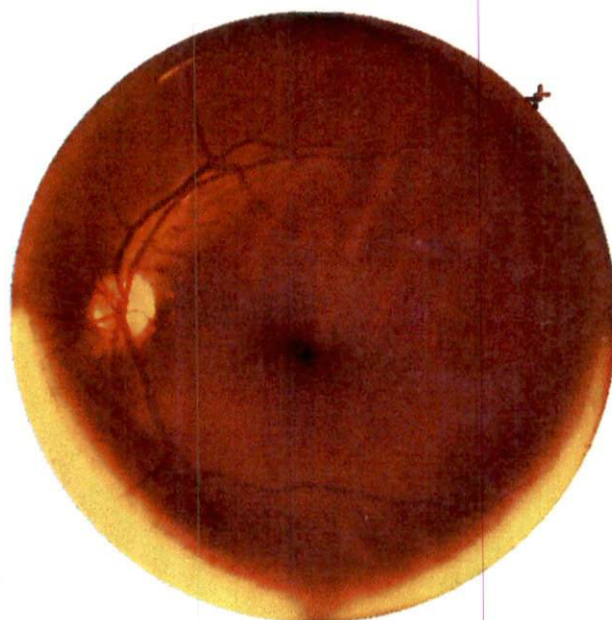
-Pourcentage de la surface perdue des glandes de meibomius: 26 %

PATIENT

Prénom	LAMIA	Date de naissance	08/02/1960	Ethnicity	Blanc
Surname	MEKKI BERRADA	Genre	F	ID Patient	T590



DROIT CENTRAL 25/10/2021



GAUCHE CENTRAL 25/10/2021

- Atrophie choro-rétinienne
- A compléter avec les données de l'axe

NOM, PRÉNOM		CODE DE SÉCURITÉ
MEKKI BERRADA, LAMIA		
SEXE	DATE DE NAISSANCE	ADRESSE
F	08/02/1960 (61)	
DATE		DESCRIPTION
25/10/2021		Rapport par date

	Oeil Droit (O.D.)	Oeil Gauche (O.S.)
N.I.B.U.T.	<p>10,1</p>	<p>10,6</p>
Type couche lipi.	<p>B</p>	<p>A</p>
Hauteur du ménisque lacrymal (mm)	<p>0,16</p>	<p>0,16</p>
Glandes de Meibomius - Zone de perte (%) - Supérieur	<p>23</p>	<p>26</p>