

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

cions 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.

Prothésaire :

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10304 Société : AG60

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Yousra MINGOUKE IDRISI Mohamed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 439 601 52 Total des frais engagés : 103 414,18 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : ACCOUL Jabil Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

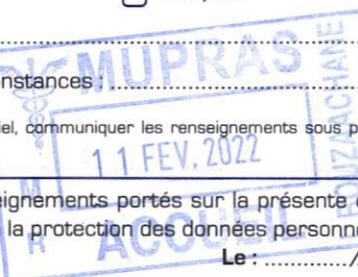
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 11 FEB. 2022

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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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 Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 Tel : 05 22 20 45 45 (LG) Fax : 05 22 22 78 18 www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-589351

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 10304

Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : veuve de Herzouki Idrissi Mohamed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 43 96 01 02

Total des frais engagés : Dhs

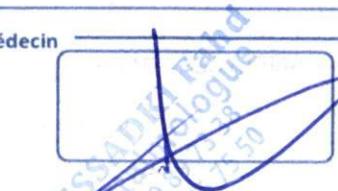
Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :



ALIAOU JAHIL

Age :

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) :

Le : 13/11/2011



VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

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).

W21-683668

No W19-589351

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Cachet, Immat. 24 Mois N° 37 / 38 Séba Bernoussi Casablanca 05 22 75 59 14	13/01/21	94,-

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		AM	PC	IM	IV		
Cabinet d'Orthopédie et de Chirurgie de l'Articulation et de la Prostéthologie HIDA Siham L.P. Benkak Bd. Zekkouz - CASABLANCA T.M. 05 54 54 77 77	03.12.2021	CV				5000DH	

VIOLET ADHERENT

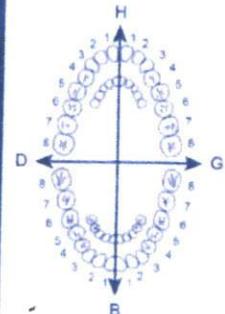
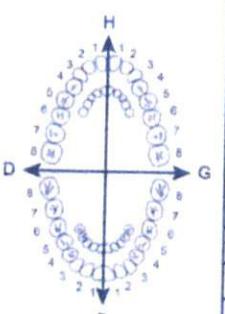
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODDF

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"/>												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
		<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	25533412	21433552															
D	00000000	00000000															
B	00000000	00000000															
G	35533411	11433553															
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LA TENU DE LA SÉANCE

**Docteur
ESSADKI Fahd**

Ophtalmologiste
Maladies et chirurgie des yeux
Traitement au Laser



الدكتور
الصادقي فهد

اختصاصي في طب و جراحة العيون
العلاج بأشعة الليزر

Casa Le : 13/11/2021

Mme Alloul Jalila

94.00

Xailin ha



1 goutte, 2 fois par jour (pendant 01 mois)

OPHTALMED
PPC
94.00 DHS

PHARMACIE CHASAB CASA
Gta Chabab Imm 41 leg N° 37/38
Casablanca
Tél. 05 22 75 49 14

Dr ESSADKI Fahd
Ophtalmologue
05 22 76 75 50
05 22 76 75 55

الشباب IIA عمارة F7، شقة 7، شارع البعرانى محمد، عين السبع - الدار البيضاء (فوق أسماء البرنوسي)

Chabab IIA, Imm F7, BD Baamrani Mohamed, Aïn Sbâa - Casablanca

E-mail : fahdессадки@gmail.com / Tél. : 0522 76 75 50/06 39 89 73 38

INPE : 091169870

**Docteur
ESSADKI Fahd**

Ophtalmologiste
Maladies et chirurgie des yeux
traitement au Laser



**الدكتور
الصادقي فهد**

اختصاصي في طب و جراحة العيون
العلاج بأشعة الليزر

Casa Le :13/11/2021.....

Mme ALLOUL Jalila

CHAMP VISUEL DE GOLDMANN

Cabinet d'Orthoptie - d'Electro-physiologie
HIDA Siham FIP - Dekkak
41 Bd. Zerktouni - CASABLANCA
35th Anniv. of Casablanca

Dr ESSADKI Fahd
Ophtalmologue
069 89 73 38
0522 76 75 50

الشباب IIA عمارة F7، شقة 7، شارع البعمرياني محمد، عين السبع - الدار البيضاء (فوق أسيما البرنوسي)

Chabab IIA, Imm F7, BD Baamrani Mohamed, Ain Sbâa - Casablanca

E-mail : fahdессадки@gmail.com / Tél. : 0522 76 75 50/06 39 89 73 38

INPE : 091169870

HIDA SIHAM
Cabinet d'Orthoptie-d'Electrophysiologie

Facture pour :

Casablanca le 03-12-2021

Mme ALLOUL JALILA

Désignation	Montant
Champ visuel Goldman.	500,00DH
Arrêté la présente à la somme de :	
Cinq cent dirhams	500,00DH

*Cabinet d'Orthoptie-d'Electrophysiologie
HIDA Siham t.p. Bekkak
41, Bd. Zerkouni- CASABLANCA
CSM - 06 61 9 20 77 - tel - 05 22 22 31 12*

41 Bd Zerkouni-Res lisstikrar 4éme étage (à côté Marché des Fleurs)-Casablanca

Tel : 0522 22 91 10-E-mail :hidasiham9@gmail.com

Patente :N°34100946-IF :N° 41700946-ICE001923820000069

HIDA SIHAM
ORTHOPTISTE
41, Boulevard zerkouni
(Res lisstikrar)
Tel : 0522 22 91 10 :

:Casablanca, le :03-12-2021

Cher docteur,

L'examen du champ visuel de **Mme ALLOUL Jalila**, âgée de 46ans montre au **Goldman** :

1°) Pour l'œil droit :

- Isoptères périphériques V4, IV1 et centraux III1 et II1 normaux.
- Tâche aveugle normale au II1

1°) Pour l'œil gauche:

- Isoptères périphériques V4, IV1 et centraux III1 et II1 normaux.
- Tâche aveugle normale au II1

Conclusion :

Donc l'examen du CV Goldman est normal ODG.

→La patiente présente des céphalées – vertiges- douleurs cervicales- nausées- sensation de pression →En faveur d'une insuffisance de convergence avec une exophorie tropie en vision de loin et de près avec un PPC de 12 cm (OG lâche vision double).

Examen sous écran

AC:	XXT8
	X'XT18

PPC : 12 cm (OG lâche)

Je propose avec votre accord de faire des séances de rééducation d'insuffisance de convergence.

En vous remerciant de votre confiance,

*Cabinet d'Orthoptie d'Electrophysiologie
HIDA Siham Z.B. Dekak
41, Bd. Zerkouni CASABLANCA
GSM : 06 67 02 277 Tel : 05 22 22 91 10*

HIDA SIHAM
ORTHOPTISTE
41, Boulevard zerkouni
(Res lisstikrar)
Tel : 0522 22 91 10 :

Casablanca, le 14-12-2021

Cher Docteur,

Je vous remercie de m'avoir adressé, **Mme ALLOUL Jalila**, âgée de 46ans

Je note ce jour les éléments suivants :

Antécédents personnels : Vertiges lors de fixation-vomissements-maux de tête en fin de journée.

Antécédents familiaux : RAS

Correction optique portée : OUI

Traitements antérieurs : CO

Acuité visuelle :

AC	<u>VOD</u> =4/10ff
	<u>VOG</u> =10/10

Examen sous écran

AC:	XXT6-8
	X'XT14
SC	XXT6
	X'XT16-18

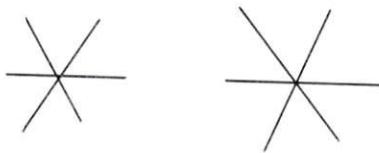
Lang : Positif.

En vous remerciant de votre confiance,

Cabinet d'Orthopie - d'Electrophysiologie
HIDA Siham Lp, Dekkak
41, Bd. Zerkouni, CASABLANCA
CSM, 06 53 20 77. Tel: 05 22 22 91 10

PPC : 10cm (OD Lâche).

A l'étude de la motilité :



Poursuite : Normale à gauche, légèrement saccadée à droite.

Test vestibulo-oculaire : Normal à gauche, légèrement saccadée à droite.

Bagolini : V_{L^+} = Fusion

V_{P^+} = Fusion

Au test de Worth : V_{L^+} = Fusion

V_{P^+} = Fusion

Verre rouge : V_{L^+} = Fusion

V_{P^+} = Fusion

Vergences =

D_{10} C_8

D'_{8-10} C'_{20}

Verre rouge : VL^+ = Fusion difficile $HD1 \rightarrow$ Fusion.

VP^+ = E'2

Avec test paramaculaire de 2^{ème} degré : -6 → +8

Au synoptophore :

SC $AO = -10 = AS$

AC $AO = -8 = AS$

CONCLUSION :

Donc au total, Une exophorie tropie en vision de loin et de près avec et sans correction, une fusion avec amplitude insuffisante en convergence, surtout en vision de loin..

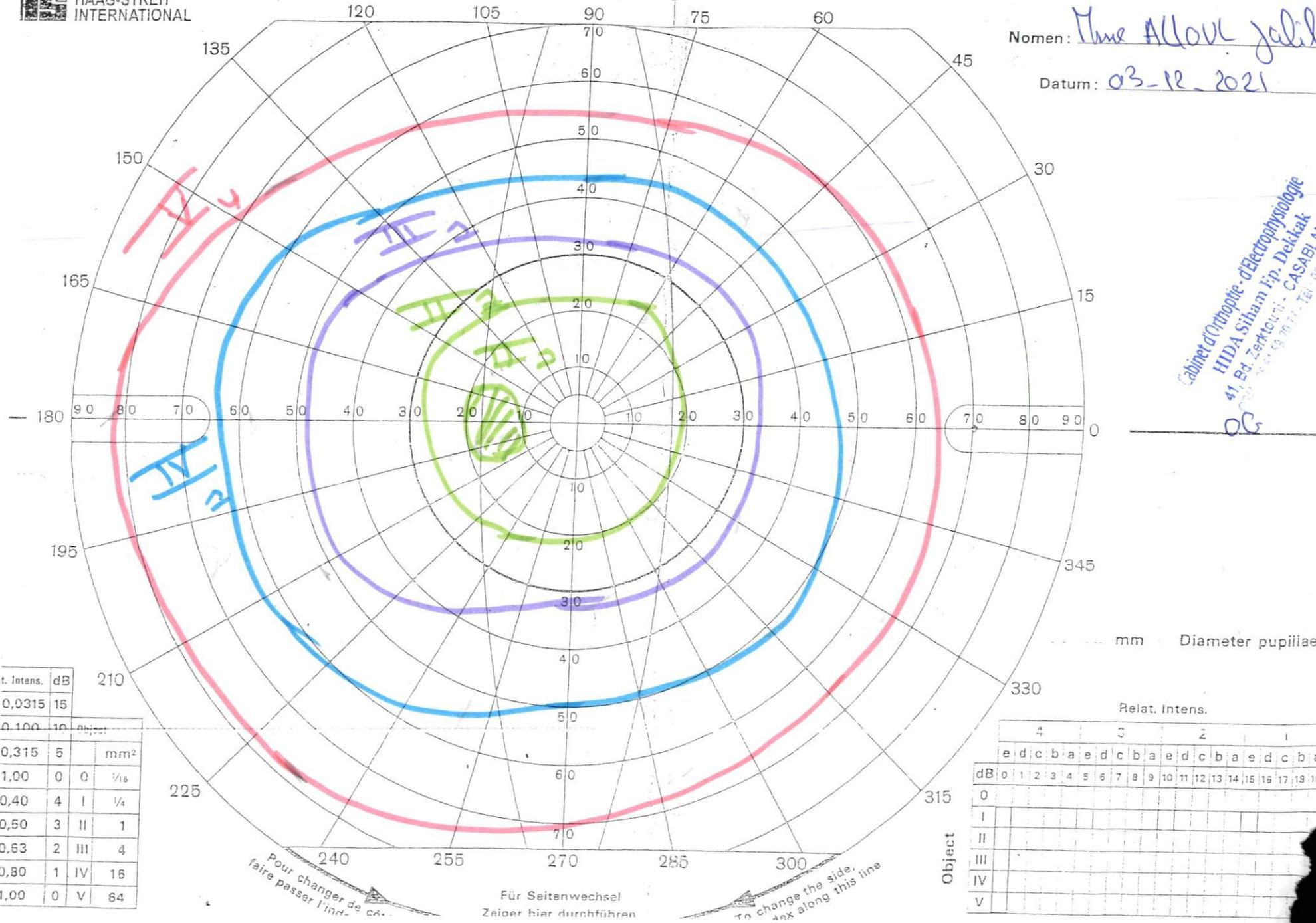
Sur le plan visuel : Amblyopie OD.

Sur le plan sensoriel : Vision binoculaire normale.

→ Insuffisance de convergence.

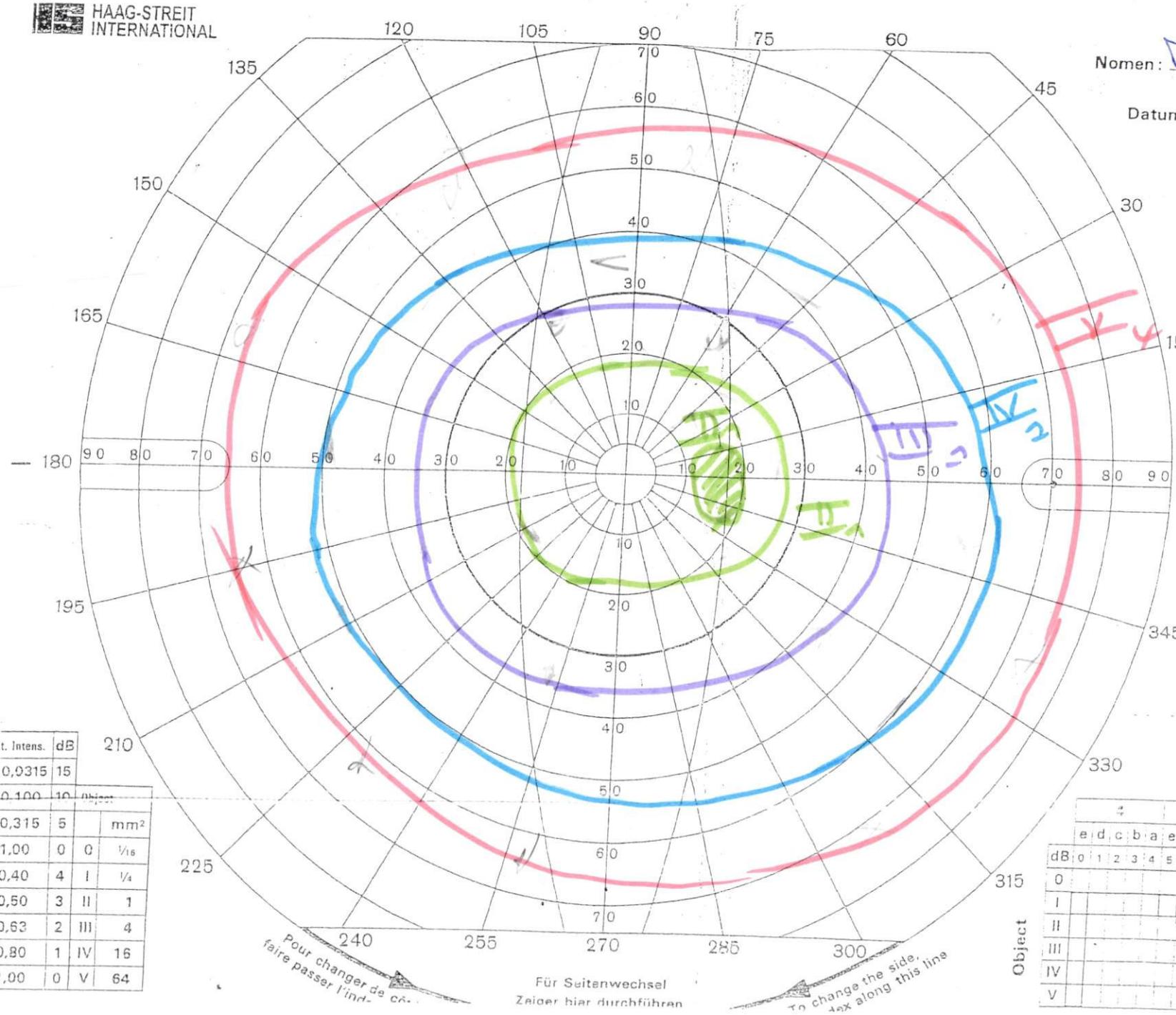
Je propose avec votre accord de faire 12 séances de rééducation d'insuffisance de convergence.

En vous remerciant de votre confiance,



Nomen: Me ALLOUJ jalila
Datum: 03-12-2021

Cabinet d'Orthopie - d'Electrophysiologie
HIDA, Siham Ep. Dendak
4¹, Bd. Zejtun, Tel. 22339100
Casablanca
O/C



Nomen: THE ALLURE JAZZIA
Datum: 03 - 18 - 2021

CD

Cabinet d'Orthopie d'Electrophysiologie
HIDA Siham Ep. Dekat
41, Bd. Zerktouï - CASABLANCA
GSM: 06 61 39 20 7 - Tel.: 05 22 22 91 11

Diameter pupillae