

# 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° P19-0031559

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4254 Société : 104918

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : FATHI Abdelhak

Date de naissance : 3/9/1952

Adresse : OULFA Rue 64 n° 67 B° Oued Sebou

Casa

Tél. : 0522906889 Total des frais engagés : 1177,00 + 1500,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Feda MIKOU  
Chirurgien Ophtalmologiste  
18, Avenue Stendhal - Casablanca SC  
Tél. : (+212) 0522 47 10 94  
E-mail : f.mikou@cliniquestendhal.com

Date de consultation : 27/01/2022

Nom et prénom du malade : FATHI CHADIA Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : 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 : Casa Le : 22/02/22

Signature de l'adhérent(e) :



# 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
27/01/22	cs		gratuit	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE SALAH EDDINE</b> <b>Mme HASSOUNI Selma</b> Dentier en Pharmacie 56, Bd Oued Sbou Oulfa Casablanca Tel 05 22 90 50 06	27/01/22	1177,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	27/01/22	OCT	1000,00
	27/01/22	champ visuel	500,00

# AUXILIAIRES MEDICAUX

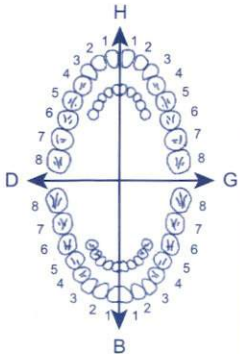
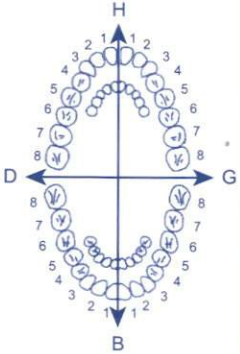
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
																	
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>																
	<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		
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																
																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX



PT200123130421



**DUOTRAV® 40 µg/mL + 5 mg/mL**  
Collyre en solution, 2.5 ml  
Boîte de 1 flacon  
Sothema Bouskoura  
PPV : 192,10 DH  
AMM N° 591/18 DMP / 21/ NRQ

Remboursable AMO  
407393 MA



**DUOTRAV® 40 µg/mL + 5 mg/mL**  
Collyre en solution, 2.5 ml  
Boîte de 1 flacon  
Sothema Bouskoura  
PPV : 192,10 DH  
AMM N° 591/18 DMP / 21/ NRQ

Remboursable AMO  
407393 MA



**DUOTRAV® 40 µg/mL + 5 mg/mL**  
Collyre en solution, 2.5 ml  
Boîte de 1 flacon  
Sothema Bouskoura  
PPV : 192,10 DH  
AMM N° 591/18 DMP / 21/ NRQ

Remboursable AMO  
407393 MA

**Mme FATHI Chadia**

**DUOTRAV: COLLYRE CL**

1 goutte 1 fois par jour, le soir

**AZOPT: collyre CL**

1 goutte 2 fois par jour. 8h et

**HYLOCOMOD: COLLYRE**

1 goutte 3 fois par jour, dans les de

**ZALERG**

1 goutte x2/Jour, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

**PHARMACIE SALAH EDDINE**  
Mme HASSOUNI Selma  
Docteur en Pharmacie  
56, Bd Oued Sbou Oulfa  
Casablanca Tel 05 22 90 50 06



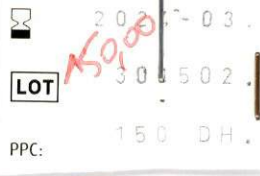
**Laboratoires Sothema Bouskoura**  
AZOPT® 10 mg/ml collyre en suspension, 5 ml  
Boîte de 1 flacon  
PPV : 125,00 DHS  
AMM N° 261/18 DMP/21/ NRQ

446373 MA



**Laboratoires Sothema Bouskoura**  
AZOPT® 10 mg/ml collyre en suspension, 5 ml  
Boîte de 1 flacon  
PPV : 125,00 DHS  
AMM N° 261/18 DMP/21/ NRQ

446373



PPC:



**ZALERG 0.25 mg/ml**  
Collyre 5 ml - PPV : 75,70 DH

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,  
Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI



PT200123130421

27 janvier 2022

**Mme FATHI Chadia**

OCT RNFL  
CHAMP VISUEL

  
Dr. Reda Mikou  
Chirurgien Ophtalmologiste  
18, Avenue Stendhal - Casablanca 20150  
Tél : (+212) 0522 47 15 94  
E-mail : rmikou@cliniquestendhal.com



27/01/2022

## OCT RNFL

### Mme Chadia FATHI

#### Analyse de la couche des fibres optiques

- OD: Épaisseur de la couche des fibres optiques dans les limites normales dans les 4 quadrants avec cependant 2 méridiens suspects à l'analyse détaillée et ce, en comparaison avec les données de la base normative
- OG : Épaisseur de la couche des fibres optiques dans les limites normales dans les 4 quadrants et ce, en comparaison avec les données de la base normative.
- Épaisseur moyenne OD: 82  $\mu\text{m}$  / Épaisseur moyenne OG: 88  $\mu\text{m}$
- C/d vertical: OD: 0.59 et OG: 0.62
- Symétrie RNFL : 80%

#### Analyse de la couche des cellules ganglionnaires

- ODG: épaisseur de la couche des cellules ganglionnaires **symétrique** entre les deux hémirétines supérieur et inférieur dans la région maculaire et au niveau des deux yeux
- CCG OD: 91  $\mu\text{m}$  **suspecte** / CCG OG : 90  $\mu\text{m}$  **suspecte**

  
**DR MIKOU REDA**

Casablanca le 27/01/2022

Compte Rendu du champ visuel automatisé

**Cher docteur,**

L'examen du champ visuel de Mme FATHI Chadia, âgée de 58 ans montre au seuil central 24-2 Sita-Standard

Au Blanc-Blanc

L'œil droit :

Les indices de fiabilités :

- Pertes de fixation : 0/3

- faux positifs : 6%

- Faux négatifs : 0%

Seuil fovéal : 37 dB

Indices globaux : MD : -0.19 dB

PSD : 2.10 dB (P<5%)

- Test hémichamp glaucomateux est hors limites normales.

- Diminution de la sensibilité rétinienne inférieure.

L'œil gauche :

Les indices de fiabilités :

- Pertes de fixation : 0/7

- faux positifs : 12%

- Faux négatifs : 11%

Seuil fovéal : 39 dB

Indices globaux : MD : -0.15 dB

PSD : 1.77 dB

- Test hémichamp glaucomateux est dans les limites de la normale.

- Une légère diminution de la sensibilité rétinienne supérieure.

Conclusion :

Donc l'examen du champ visuel au blanc-blanc montre

- Au niveau de l'œil droit : - Diminution de la sensibilité rétinienne inférieure.

- Au niveau de l'œil gauche : - Une légère diminution de la sensibilité rétinienne supérieure.

Bien à vous

CLINIQUE STENDHAL - SARL AU

18, Avenue Stendhal – Cité Plateau – Casablanca – Tél : 05 22.47.15.94 – Fax 05 22.99.34.51  
Patente N° : 34701064 – Ident. Fisc. : 20697395 – C.N.S.S. : 5200738 – I.C.F. : 01754572000095  
R.C. : 362219 – E-mail : [ophtalmologie@cliniquestendhal.com](mailto:ophtalmologie@cliniquestendhal.com)

# F A C T U R E

N° 571 / 2022 du 27/01/2022

Nom patient	<b>FATHI CHADIA</b>	Entrée 27/01/2022	Sortie 27/01/2022
Prise en charge	<b>PAYANT</b>		

*CHAMPS VISUEL*

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CHAMPS VISUEL	1,00		500,00	500,00
			Sous-Total	500,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>500,00</b>

	<b>Total général 500,00</b>
<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> <b>CINQ CENTS DIRHAMS</b>	

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	500,00				500,00	0,00

  
**CLINIQUE STENDHAL**  
 18, Avenue Stendhal, SC  
 Casablanca  
 Tél. : 0522 47 15 94 - Fax 0522 99 34 51



# F A C T U R E

N° 570 / 2022 du 27/01/2022

Nom patient	<b>FATHI CHADIA</b>	Entrée 27/01/2022	Sortie 27/01/2022
Prise en charge	<b>PAYANT</b>		

*OCT*

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
OCT	1,00		1 000,00	1 000,00
			Sous-Total	1 000,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>1 000,00</b>

	<b>Total général 1 000,00</b>
<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> MILLE DIRHAMS	

	Espèces				Total encaissé	Solde
Encaissements	1 000,00				1 000,00	0,00

  
**CLINIQUE STENDHAL**  
18, Avenue Stendhal, SC  
Casablanca  
Tél : 0522 47 15 94 - Fax : 0522 99 34 51

