

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.



Déclaration de Maladie

N° W21-707072

116825

Maladie Dentaire Optique A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12023 Société :
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : AZZOUZ, IMANE
 Date de naissance : 08/08/1979
 Adresse : RES ALHAMD «C» 4ème étage Apt 13
 FARAH ESSALAM OULFA CASABLANCA
 Tél. : 0661 1842 36 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Dr. Lahcen ZAFAL
 Ophthémodiagnoste
 532, Bd Panoramique - Casablanca
 Tél. : 05 22 27 11 11 (L.G.)
 Fax : 05 22 25 25 25

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 25 / 04 / 2022
 Nom et prénom du malade : AZZOUZ, IMANE Age :
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : insuffisance cardiaque
 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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
 avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASA Le : 24 / 05 / 22
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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.

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
25/04/22	IN		Gratuit	INP : 05 22 77 71 71 

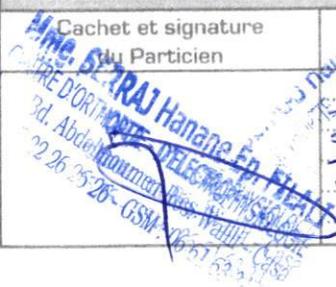
EXECUTION DES ORDONNANCES

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

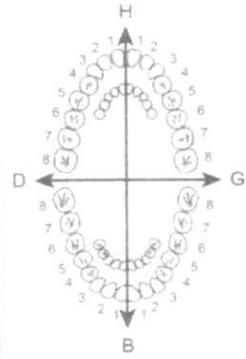
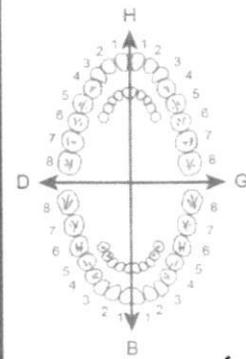
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	23/05/2022					2000DH x 10 = 20000DH

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 canalaires, ainsi que le bilan d

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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	B															
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE



Docteur Lahcen ZAFAD

Ophtalmologiste
Spécialiste de la Chirurgie et
des Maladies des Yeux
Chirurgie Esthétique des paupières
et des Voies Lacrymales
Chirurgie réfractive

الدكتور لحسن زفاض

إختصاصي في أمراض وجراحة العيون
الجراحة التجميلية للجفون والمسالك الدمعية
الجراحة الإنكسارية لتصحيح الرؤية

ORDONNANCE

25 avril 2022

Mme AZZOUZI Imane

10 séances de rééducation orthoptique

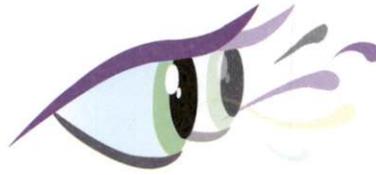
Mme. JENKOU Imane Ep. FILALI
CENTRE D'ORTHOPTIE - D'ELECTROPHYSIOLOGIE
185, Bd. Abdelmoumen Rés. Waili - Casa
Tél.: 05 22 25 00 25 - GSM: 05 61 69 21 02

Dr. Lahcen ZAFAD
Ophtalmologiste
532, Bd Panoramique - Casablanca
Tél.: 05 22 77 40 à 49 / 0 522 25 00 02
Fax: 05 22 25 00 01

CENTRE D'ORTHOPTIE - D'ELECTROPHYSIOLOGIE

MME SERRAJ HANANE EP. FILALI

DIPLOMÉE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER



Casa le 23/05/2022

ICE: 001804777000038

TP : 34309939

IF : 41909940

FACTURE

Nom: AZZOUZI IMANE

Examen : 10 Séances de rééducation orthoptique

Prix : 200DH X 10=2000 DH

(DEUX MILLE DIRHAMS)

1^{er} séance → 28/04/2022

2eme séance → 30/04/2022

3eme séance → 05/05/2022

4eme séance → 07/05/2022

5eme séance → 09/05/2022

6eme séance → 11/05/2022

7eme séance → 14/05/2022

8eme séance → 17/05/2022

9eme séance → 20/05/2022

10eme séance → 23/05/2022

Mme. SERRAJ Hanane Ep. FILALI
CENTRE D'ORTHOPTIE - D'ELECTROPHYSIOLOGIE
185, Bd. Abdelmoumen Res. Walili - Casa
Tel : 05 22 26 26 48 - 06 61 63 34 26

CENTRE D'ORTHOPTIE - D'ELECTROPHYSIOLOGIE

MME SERRAJ HANANE EP. FILALI

DIPLÔMÉE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

BILAN ORTHOPTIQUE

CASA, Le 19/04/2022

Cher Docteur,

L'examen de Mme AZZOUZI IMANE (43 ans) montre :

INTERROGATOIRE

Sensation de divergence OD .

ACUITE VISUELLE

Correction portée: OD = -1.50 / OG = plan

VL A/C OD	10/10	VP A/C OD	P2
VL S/C OG	10/10	VP S/C OG	P2

EXAMEN MOTEUR

Mesure de l'angle : ESE(en Dioptries)

VL S/C et A/C: Orthoporie

VP S/C : X'X'T = 14 à 16

A/C : X'X'T= 12 à 14

Baguette de Maddox :

VL S/C : X = 2

A/C X = 1

VP S/C : X' = 10

A/C : X' = 8

RDC: très moyen, l'OD lâche

Motilité oculaire: Normale

Amplitude de fusion :

C18R16 D8R6

C'35R30 D'12R10

EXAMEN SENSORIEL

Verre Rouge : Fusion

Worth : Fusion

Vision stéréoscopique : positive

Synoptophore

S/C et A/C: AO = AS = 0

1°/ 30R20

CONCLUSION

Orthoporie en VL, Exoporie tropie en VP.

Sur le plan visuel : iso acuité visuelle.

Sur le plan sensoriel : CRN à tous les tests.

Insuffisance de convergence, l'OD lâche.

Je propose de faire des séances de rééducation orthoptique.

Bien à vous

Mme. SERRAJ Hanane Ep. FILALI
CENTRE D'ORTHOPTIE - D'ELECTROPHYSIOLOGIE
185, Bd. Abdelmoumen Res. Walili - Casa
- Tél: 05 22 26 25 26 - GSM : 06 61 63 34 26