

## 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 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° W21-681840

124177

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 13181 Société : RAM			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : EP Alassi Benchad Nizan			
Date de naissance : 11/11/1994			
Adresse :			
Tél. : 06 58 36 72 26 Total des frais engagés : 300,00 Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin		
	Cachet du médecin :	Ophtalmologue 119, Bd Abdelmoumen 1er Etage N° 7 Casablanca - Tel/Fax: 05 22 47 16 78 E-mail: cablaaroussi@gmail.com	
Date de consultation :	23/07/2022	Age:	
Nom et prénom du malade :	EL ALLAL BEN ABDELLAH	Lien de parenté :	
Lien de parenté :	Conjoint	Nature de la maladie :	INFLUENCE DE CONVERGENCE
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 Con. Le : 23/07/2022.  
Signature de l'adhérent(e) :

## **RELEVE 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
23/07 2022	Contrôle Dr. Lali	119 Bd Audemard Casablanca - Tél. 0522 47 16 78 E-mail : <a href="mailto:dr.lali@outlook.com">dr.lali@outlook.com</a>	INP : 05 M 100155 Dr. Lalla AAROUSI Ophtalmologue 119 Bd Audemard Casablanca - Tél. 0522 47 16 78 E-mail : <a href="mailto:dr.lali@outlook.com">dr.lali@outlook.com</a>	

## **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

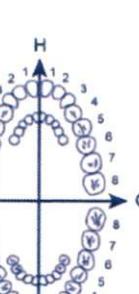
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
Alia LAAOURSI Ophtalmologue Abdelmounen LAAOURSI Lia - Tel: 022	23/07/2022					3000 Dh

#### **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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

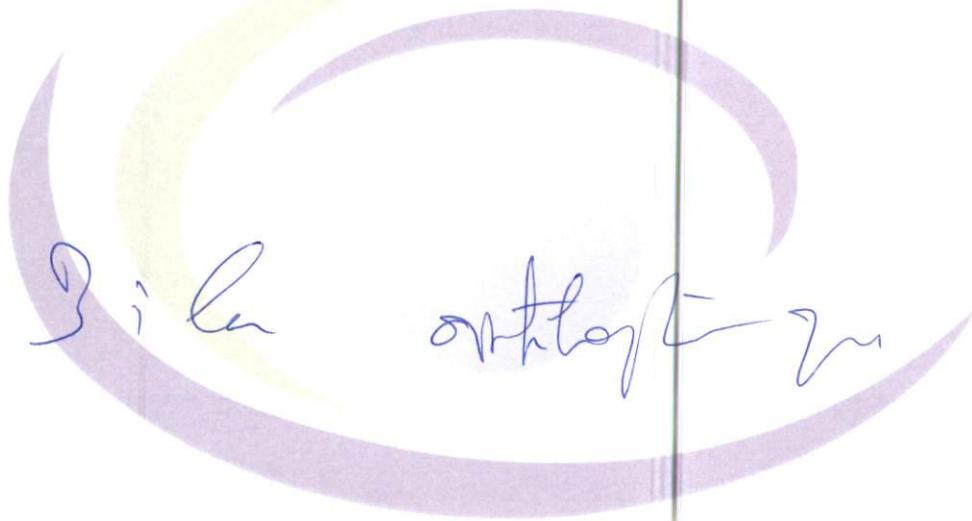
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>H</td><td></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></td></tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														



- Chirurgie de la cataracte (phako)
- Strabisme -Glaucome - Voies lacrymales
- Echographie - Angiographie - Laser
- Correction optique (LASIK)
- Médecin agréé pour la visite Médicale de Permis de Conduire

- جراحة الجلاة - الحول - مسالك الدموع
- داء الزرق - تصوير أوعية الشبكة
- علاج الشبكة المضادة بال斯基ري بالليزر
- تصحيح البصر لايتك
- طبية معتمدة للفحص الطبي
- لرخصة السياقة

Dr. Laila LAAROUSSI  
Ophtalmologue Casablanca  
119, Bd Abdelmoumen 1er Etage N° 7  
Casablanca - Tél./Fax : 05 22 47 16 78  
E-mail : cablaaroussi@gmail.com



Dr. Laila LAAROUSSI  
Ophtalmologue  
119, Bd Abdelmoumen 1er Etage N° 7  
Casablanca - Tél./Fax : 05 22 47 16 78  
E-mail : cablaaroussi@gmail.com



- Chirurgie de la cataracte (phako)
- Strabisme -Glaucome - Voies lacrymales
- Echographie - Angiographie - Laser
- Correction optique (LASIK)
- Médecin agréé pour la visite Médicale de Permis de Conduire

### BILAN ORTHOPTIQUE

CASA Le 23/07/2022

Bilan adressé par :Dr.LAAROUSSI LAILA  
Bilan fait par : Orthoptiste

Nom :EL ALAOUI BENCHAD  
Prénom : NIZAR  
Age : 27 ans

#### L'interrogatoire

- Signe fonctionnel : FATIGUE VISUEL
- ATCD Orthoptique : RAS.

#### Acuité visuelle :

##### Correction Prévues :

OD : -0.75 (-1.25 à 168)

A.C:

VL	OD	10/10
VL	OG	10/10

OG :-0.50(-1.25 à 178°)


#### Bilan Sensorielle:

-Verre Rouge: Fusion

-Vision Stéréoscopie : +

-Amplitude de fusion : A.C : OD C16 D6  
C'40 D12 OG C16 D6  
C'40 D'16

#### Bilan Moteur :

-E.S.E : S.C XXT'8 O A.C XXT'8 O

-l'œil directeur : OD / Motilité : équilibrée / RDC : BON

#### Conclusion :

- exophorietropie de près S.C et A.C, et ortho de loin.
- CRN, Fusion.
- Une insuffisance de la convergence en VL avec un bon reflex de convergence.
- Une bonne motilité.
- Iso-acuitée 10/10 OD et 10/10 OG.

#### Correction proposé :

OD : -0.75 (-1.25 à 168)

OG :-0.50(-1.25 à 178°)

Je propose avec votre accord 6 séances de rééducation de l'insuffisance de la convergence en VL.

**Dr. Laila LAAROUSSI**  
Ophtalmologue  
119, Bd Abdelloumen, 1er Etage N° 7  
Casablanca - Tél./Fax : 05 22 47 16 78  
E-mail : cablaaroussi@gmail.com