

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, parodontologie 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 canaux, 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 canaux.

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

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13181 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL ALAOUI Benchad Nizar

Date de naissance : 11/11/1994

Adresse :

Tél. : 0658 36 72 26 Total des frais engagés : 300,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23/07/2022

Nom et prénom du malade : EL ALAOUI Benchad Nizar

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

Nature de la maladie : INFILTRATION 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 Le : 23/07/2022

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
23/07/2022	Contrôle	1		Dr. Laila LAAROUSSI Ophtalmologue 119, Bd Abdelmoumen - 22 47 16 78 Casablanca - Tél./Fax E-mail: lablaoui@casablancatv.com

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

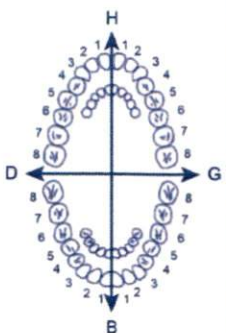
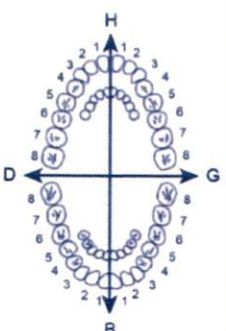
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
Dr. Laila LAAROUSSI Ophtalmologue 119, Bd Abdelmoumen - 22 47 16 78 Casablanca - Tél./Fax E-mail: lablaoui@casablancatv.com	23/07/2022					3000

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 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	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <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> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
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"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Laila LAAROUSSI
Ophtalmologue



الدكتورة ليلي لعروصي
إختصاصية في طب وجراحة العيون

- 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 الجلالة - الحول - مسالك الدموع
- داء الزرق - تصوير أوعية الشبكة
- علاج الشبكة المصابة بالسكري بالليزر
- تصحيح البصر لايذك
- طبية معتمدة للفحص الطبي
- لرخصة السياقة

de 20/07/2022

Dr. Laila LAAROUSSI
Ophtalmologue

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

Ec ALADCI BENCHED Nizar

316 orthoptisme

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

- جراحة الجلالة - الحول - مسالك الدموع
- داء الزرق - تصوير أوعية الشبكة
- علاج الشبكة المصابة بالسكري بالليزر
- تصحيح البصر لايك
- طبية معتمدة للفحص الطبي
- لخصة السياقة

BILAN ORTHOPTIQUE

CASA Le 23/07/2022

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

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

L'interrogatoire

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

Acuité visuelle :

Correction Prévus :

OD : -0.75 (-1.25 à 168)

OG : -0.50 (-1.25 à 178°)

A.C:

VL	OD	10/10
VL	OG	10/10

Bilan Sensorielle:

- Verre Rouge: Fusion

- Vision Stéréoscopie : +

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

Bilan Moteur :

- E.S.E : S.C XX'T8 O A.C XX'T8 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 Abdelmoumen, 1er étage N° 7
Casablanca - Tél./Fax : 05 22 47 16 78
E-mail : cablaaroussi@gmail.com