

# 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 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



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

M22- 0027268

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 28214 Société : .....

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : TAHRI Joutei Naïma

Date de naissance : 05-04-1952

Adresse : 518 Hadj Fateh - oulfa - casa

Tél. 0632.30.03.67 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. LAMTIRI MOKRIM Laila  
OPHTALMOLOGISTE  
Bd. Moulay Driss 1<sup>er</sup> Imm 94  
Rez de Chaussée - Casablanca  
Tél. : 05 22 24 00 51

Date de consultation : 18/08/2022

Nom et prénom du malade : M<sup>re</sup> TAHRI Joutei Naïma Age : 70

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

Nature de la maladie : vice de refraction

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : .....

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 : ...../...../.....

Signature de l'adhérent(e) :


Autorisation CNDP N° : AA 215 / 2019




# 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
18/8/22	CS	-	250 DH	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	18/8/22	130,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
			

# AUXILIAIRES MEDICAUX

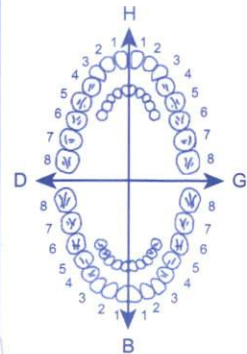
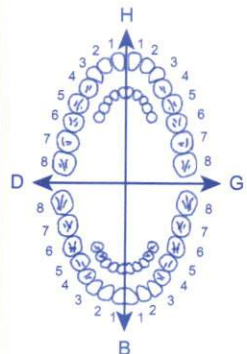
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	29/08/22					300 DH
						150 DH
						150 DH

# 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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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	<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>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>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B	B																
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> 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'EXECUTION

# Dr LAMTIRI MOKRIM Laila

SPECIALISTE  
DES MALADIES ET DE LA CHIRURGIE  
DES YEUX  
ANGIOGRAPHIE - LASER  
Ex- MAITRE ASSISTANTE  
À LA FACULTÉ DE MÉDECINE  
DE CASABLANCA



# الدكتورة لمطيري مكرم ليلي

اختصاصية  
في أمراض و جراحة العيون  
العلاج بأشعة الليزر  
أستاذة مساعدة سابقا  
بكلية الطب بالدار البيضاء

Casablanca, le .....1.8 Aout 2022..... في الدار البيضاء،

Mme TAHRI JOUTEI Naima



PHARMACIE  
DR. AMRINE JABRI  
LOT 11111111111111111111  
Tél: 05 22 65 01 84

LOT 2000  
20,00  
EXP 03/2023  
PPV 20

DOXYMYCINE 100 mg 30 comprimés dispersibles  
PPV 1100H00  
EXP 09/2023  
LOT 16035 2

LAMTIRI MOKRIM Laila  
OPHTALMOLOGISTE  
Bd. Moulay Driss 1er Imm. 94  
rue de Chaussée - Casablanca  
Tél. : 05 22 86 08 51



**Dr LAMTIRI MOKRIM Laila**

SPECIALISTE  
DES MALADIES ET DE LA CHIRURGIE  
DES YEUX  
ANGIOGRAPHIE - LASER  
Ex- MAITRE ASSISTANTE  
À LA FACULTÉ DE MÉDECINE  
DE CASABLANCA



**الدكتورة لمطيري مكرم ليلي**

اختصاصية  
في أمراض و جراحة العيون  
العلاج بأشعة الليزر  
أستاذة مساعدة سابقا  
بكلية الطب بالدار البيضاء

Casablanca, le ..... **31 Aout 2022** ..... في الدار البيضاء،

*Mme TAHRI JOUTEI Naima*

= ..... 10 séances de rééducation.

**Mme. SERRAJ Hanane**  
CENTRE D'ORTHOPÉDIE - DÉLÉGUÉE  
7485, Bd. Abdelmoumen - Rés. Moulay Idriss - Casa  
Tél : 05 22 26 26 26 - 06 61 63 34 26

**Dr. LAMTIRI MOKRIM Laila**  
**OPHTALMOLOGISTE**  
Bd. Moulay Driss 1er Imm. 94  
Rez de Chaussée - Casablanca  
Tél. : 05 22 86 08 51

**Dr LAMTIRI MOKRIM Laila**

SPECIALISTE  
DES MALADIES ET DE LA CHIRURGIE  
DES YEUX  
ANGIOGRAPHIE - LASER  
Ex- MAITRE ASSISTANTE  
À LA FACULTÉ DE MÉDECINE  
DE CASABLANCA



**الدكتورة لمطيري مكرم ليلي**

اختصاصية  
في أمراض و جراحة العيون  
العلاج بأشعة الليزر  
أستاذة مساعدة سابقا  
بكلية الطب بالدار البيضاء

Casablanca, le ..... **18 Aout 2022** ..... في الدار البيضاء،

*Chère Madame,*

*permettez moi de vous confier pour un bilan orthoptique*

*Mme TAHRI JOUTEI Naima qui presente une asthenopie.*

AV : OD : 8/10 avec +1.75

OG : 8/10 avec +3.50

VP : ADD : + 3.00

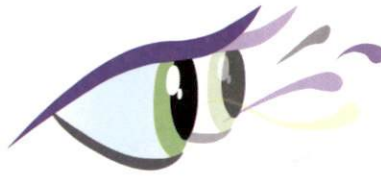
**Mme. SERRAJ Hanane Ep. FILALI**  
CENTRE D'ORTHOPTIE - D'ELECTROPHYSIOLOGIE  
185, Bd. Abdelmoumen Rés. Walili - Casa  
Tél : 05 22 26 26 26 - GSM : 06 61 63 34 26

*Amicalment*  
**Dr. LAMTIRI MOKRIM Laila**  
**OPHTALMOLOGISTE**  
Bd. Moulay Driss 1er Imm. 94  
Rez de Chaussée - Casablanca  
Tél : 05 22 86 08 51

# CENTRE D'ORTHOPTIE - D'ELECTROPHYSIOLOGIE

MME SERRAJ HANANE EP. FILALI

DIPLOMÉE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER



Casa le 29/08/2022  
ICE : 001804777000038  
TP : 34309939  
IF : 41909940

## FACTURE

Nom et Prénom : TAHRI JOUTEI NAIMA

Examen : BILAN ORTHOPTIQUE

Prix : 300 DH

MONTANT : (TROIS CENT DIRHAMS)

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



# CENTRE D'ORTHOPTIE - D'ELECTROPHYSIOLOGIE

MME SERRAJ HANANE EP. FILALI

DIPLÔMÉE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

CASA, Le 29/08/2022

## BILAN ORTHOPTIQUE

Cher Docteur,

L'examen de Mme TAHRI JOUTEI NAIMA (70 ans) montre :

### INTERROGATOIRE

Douleur oculaire oculaires, sensation de mouche, conjonctivite allergique.

### ACUITE VISUELLE

Correction portée: sa correction

VL A/C OD	8/10	VP A/C OD	P2
VL A/C OG	8/10	VP A/C OG	P2

### EXAMEN MOTEUR

Mesure de l'angle : ESE (en Dioptries)

VL S/C et A/C: Orthoporie

VP S/C et A/C :  $X'X'T = 10$

Baguette de Maddox :

VL S/C et A/C :  $X = 2$

VP S/C et A/C :  $X' = 10$

RDC: médiocre, l'OG lâche

Motilité oculaire: Normale

Amplitude de fusion :

C10R8 D8R6

C'20R18 D'12R10

### EXAMEN SENSORIEL

Verre Rouge : Fusion

Worth : Fusion

Vision stéréoscopique : positive

Synoptophore

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

1°/ 20R10

### CONCLUSION

Orthoporie en VL, Exoporie-tropie en VP.

Sur le plan visuel : iso acuité visuelle.

Sur le plan sensoriel : CRN à tous les tests.

Faible amplitude de fusion, l'OG lâche.

Je propose de faire des séances de rééducation orthoptique.

Bien à vous

185, Bd. Abdelmoumen, Rés. WALILI PARC, 2<sup>ème</sup> Etg. (en face station Tram Faculté de Médecine)

☎ : 0522.26.26.26 / 48.10.86

☎ : 0661.63.34.26

✉ : ha.serraj@gmail.com

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

# CENTRE D'ORTHOPTIE - D'ELECTROPHYSIOLOGIE

MME SERRAJ HANANE EP. FILALI

DIPLOMÉE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

CASA, Le 28/11/2022

## BILAN ORTHOPTIQUE

Cher Docteur,

L'examen de Mme TAHRI JOUTEI NAIMA (70 ans) montre: \_\_\_\_\_

### INTERROGATOIRE

Bilan après 10 séances de rééducation orthoptique.

### ACUITE VISUELLE

Correction portée : sa correction

VL A/C OD	10/10 f	VP A/C OD	P2
VL A/C OG	9/10	VP A/C OG	P2

### EXAMEN MOTEUR

Mesure de l'angle : ESE (en Dioptries)

VL S/C et A/C: Orthophorie

VP S/C : E' = 2

A/C : Orthophorie

Baguette de Maddox :

VL S/C et A/C: Orthophorie

VP S/C et A/C: Orthophorie

RDC: Bon

Motilité oculaire: Normale

Amplitude de fusion :

C75 R/ D6 R4

C'70R/ D'8R6

Fusion à 75 dioptries en VL et VP

### EXAMEN SENSORIEL

Verre Rouge : Fusion

Worth : Fusion

Vision stéréoscopique : positive

Synoptophore

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

1°/ 60R/

### Scotométrie directionnelle:

VD: PSD nasal droit et temporal gauche à 30°

VG : PSD nasal gauche à 25°, PSD temporal droit à 30°

### CONCLUSION

Orthophorie VL et VP .

Sur le plan visuel : iso acuité visuelle.

Sur le plan sensoriel : CRN à tous les tests.

Bonne amplitude de fusion , Bon RDC.

Je propose le port du prisme postural : OG = 2 dioptries à 55° base supéro-externe.

Bien à vous

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



# CENTRE D'ORTHOPTIE - D'ELECTROPHYSIOLOGIE

MME SERRAJ HANANE EP. FILALI

DIPLOMÉE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER



Casa le 24/11/2022

ICE: 001804777000038

TP : 34309939

IF : 41909940

## FACTURE

Nom: TAHRI JOUTEI NAIMA

Examen : 10 Séances de rééducation orthoptique

Prix : 150DH X 10=1500 DH

(MILLE CINQ CENT DIRHAMS)

1<sup>er</sup> séance → 31/10/2022

2eme séance → 02/11/2022

3eme séance → 04/11/2022

4eme séance → 07/11/2022

5eme séance → 09/11/2022

6eme séance → 11/11/2022

7eme séance → 14/11/2022

8eme séance → 16/11/2022

9eme séance → 21/11/2022

10eme séance → 24/11/2022

Mme. SERRAJ Hanane Ep. FILALI  
CENTRE D'ORTHOPTIE - D'ELECTROPHYSIOLOGIE  
185, Bd. Abdelmoumen Rés. Walili - Casa  
Tel: 05.22.26.26 / 48.10.86