

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 canalaire, 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 canalaire.

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



Maladie Dentaire

Déclaration de Maladie

M22- № 003431

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10679 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BEN AÏSSA HIND A60152

Date de naissance : 26/01/76

Adresse : HALLUÈLE

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Dr. Dalila SBAI IDRISI

Ophtalmologiste

84, Bd My Driss 1er

Tél: 05 22 86 06 06

INPE: 091033101

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26 AVR 2023

Nom et prénom du malade : BEN AÏSSA HIND Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Affection de la vue

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : 10/04/2023

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 : 26/04/2023

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
26 AVR. 2023	<i>G</i>	<i>2000</i>	<i>3000 dh</i>	<p>Dr. Dali DRIDISS Ophtalmologiste 84, Bd My Driss 1er Tél: 05 22 86 06 06 INPE: 09103310</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE NICE</i> 1. Av. Nice Résidence Bourgogne RD Mg. N° 3 Bourgogne Casablanca Tél: 05 22 94 93 39	<i>26-04-23</i>	<i>PHARMACIE NICE</i> 1. Av. Nice Résidence Bourgogne RD Mg. N° 3 Bourgogne Casablanca Tél: 05 22 94 93 39

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	
<i>AMRANI HOUSSEIN</i> <i>Orthopathe</i> 3, bd Abdellatif Ben Kaddour, 1er Etage, N°2 Quarier Racine, Casablanca Tél: 05 22 94 13 99	<i>26/04/23</i>	<i>Bilan orthopique</i>	<i>3000 dh</i>

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	21433552 00000000 G 00000000 11433553		Coefficient des travaux
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Dalila SBAI IDRISI

Ophtalmologiste

Echographie - Pachymétrie - Angiographie - Topographie

Laser - Lentilles de contact

Phacoémulsification - Strabologie

Chirurgie réfractive

الدكتورة دليلة السباعي الإدريسي

اختصاصية في أمراض و جراحة العيون

جراحة الساد (الجلالة)

بالموجات فوق الصوتية

تخطيط الشبكية الوعائي

الليزر - العول - تقويم الرؤية بالليزر

Casablanca, le 26 avril 2023

Mme BENAISSA Hind

15,05

CORRECTOL: COLLYRE

1 goutte 3 fois par jour, pendant 1 Mois

140,00 x 2

MIXTEARS

1 goutte x 3 à 4 par jour pendant 2 mois

23,40

OPTIPRED COLLYRE

1 gttre x 5 / j x 48 h

1 gttre x 4 / j x 48 h

1 gttre x 3 / j x 48h

1 gttre x 2 / j x 48 h

dans les deux yeux



Dr. Dalila SBAI IDRISI
Ophthalmologiste
84, Bd Mly Driss 1er
Tél: 05 22 86 06 06

T 0 323/40
PHARMACIE NICE
Résidence Bouarica
Av. N°3 Bourgogne
N°22 Casablanca
Tel: 05 22 94 93 39

لا يقبل أي تغيير ل التاريخ الفحص

Docteur Dalila SBAI IDRISI

Ophtalmologiste

Echographie - Pachymétrie - Angiographie - Topographie
Laser - Lentilles de contact
Phacoémulsification - Strabologie
Chirurgie réfractive

الدكتورة دليلة السباعي الإدريسي

اختصاصية في أمراض و جراحة العيون
جراحة الساد (الجلالة)
بالأمواج فوق الصوتية
تخطيط الشبكية الوعائي
الليزر - الحول - تقويم الرؤية بالليزر

Casablanca, le

26/04/2023

Nom et prénom : Mme BENAISSE Hind

ATCDS : Port de CO ;fatigue visuelle

Oculo motricité : IC

La CO Portée

OD 10/10

+ 1.25 (- 0.50 à 65°) Add : + 1.50

OG 10/10

+ 1.00 (- 0.25 à 100°) Add : + 1.50

SA : Normal

FO : Normal

Bilan orthoptique

AMRANI HOUSSAYNI Mariem
Orthoptiste
3, bd Abdellatif Ben Kaddour, 1er Etage, N°2,
Quartier Racine, Casablanca
Tél: 05 22 94 13 99

Dr. Dalila SBAI IDRISI
Ophtalmologiste
84, Bd Mly Driss 1er
Tél: 05 22 86 06 06

لا يقبل أي تغيير لتاريخ الفحص

AMRANI HOUSSAYNI Mariem

ORTHOPTISTE

Angle Bd Abdellatif BenKaddour

Et Rue la Fontaine 1^{er} étage, appt n°2.

Quartier Racine. Casablanca.

Tél : 0522 94 13 99

Le 26/04/2023

FACTURE N° F0411/2023

Nom : BENAISSA

Prénom: Hind

Acte : bilan Orthopique

Prix : 300 dh.s

N° d'autorisation : 33 16.

Identifiant fiscal : 14434984.

Taxe professionnelle n°35660852.

ICE : 001650941000070.

INPE : 065050684.

R
AMRANI HOUSSAYNI Mariem
Orthoptiste
3, bd Abdellatif Ben Kaddour, 1er Etage, N°2,
Quartier Racine, Casablanca
Tél: 0522 94 13 99

AMRANI HOUSSAYNI Mariem
ORTHOPTISTE
Angle bd Abdellatif Benkaddour et rue la
Fontaine, 1^{er} étage, appt n° 2. Quartier Racine.
Casablanca
Tél : 0522 94 13 99

Le 26/04/2023

BILAN ORTHOPTIQUE

Docteur,

L'examen de Mme BENAISSE Hind âgée de 47 ans met en évidence ce qui suit:

INTERROGATOIRE

Motif de consultation: Fatigue visuelle, photophobie et douleurs oculaires.

Antécédents personnels : RAS.

ACUITE VISUELLE (échelle des chiffres)

VL A/C OD	10/10	VP A/C OD	R ½
VL A/C OG	10/10	VP A/C OG	R ½

EXAMEN MOTEUR

Examen sous écran: (Mesure de l'angle en Dioptries)

VL S/C	Orthophorie	VL A/C	Orthophorie
VP S/C	X'X'T 8	VP A/C	X'6

Réflexe De Convergence: Faible, avec l'OG qui lâche.

Motilité: Normale.

EXAMEN SENSORIEL

Vision stéréoscopique : Positive.

Worth : Fusion.

Amplitudes de fusion:

VL/ D6 R 4 C30 R 8

VP/ D'12 R 8 C'30 R 25

EXAMEN SENSORI-MOTEUR

Synoptophore (Mesure de l'angle en Dioptries)

S/C $1^\circ/AO = AS = -2$.

A/C $1^\circ/AO = AS = -4$.

$2^\circ / -14 R -10 \rightarrow +35 R +30$.

CONCLUSION

Hind présente :

- Une orthophorie de loin et une exophorie de près.
- Une CRN à tous les tests.
- Ainsi qu'une **insuffisance de convergence** pour laquelle une dizaine de séances de rééducation orthoptique est recommandée.

Bien à Vous


AMRANI HOUSSAYNI Mariem
Orthoptiste
3, bd Abdellatif Ben Kaddour, 1er Etage, N°2,
Quartier Racine Casablanca
Tél: 05 22 94 13 99