

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



Déclaration de Maladie

M22- N° 003431

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10679

Société :

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BENAÏSSA HIND

Date de naissance : 26/10/1975

Adresse : HABITUELLE

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Dalila SBAI IDRISSI

Ophthalmologiste

84, Bd Mly Driss 1er

Tél: 05 22 86 06 06

INPE: 091033101

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26 AVR 2023

Nom et prénom du malade : BENAÏSSA HIND

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 : Casablanca

Le : 26/04/2023

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
26 AVR. 2023			300 dh	Dr. DAHLI SBAT IDRISS Ophtalmologiste 84, Bd Mly Driss 1er Tél: 05 22 86 06 06 INPE: 09103310

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE NICE 1, Av. Nice Residence Bourgogne RD Mg. No 3, Bourgogne Casablanca Tél: 05 22 94 93 39	26-04-23	3023,140

ANALYSES RADIOGRAPHIQUES

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	
AMRANI HOUSSEIN Orthoptiste 2, bd Abdelatif Ben Kaddour, 1er Etage, 142 Quartier Racine, Casablanca Tél: 05 22 94 13 99	26/04/23					300 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														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<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></td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX	
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
			MONTANTS DES SOINS															
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS															
		DATE DE L'EXECUTION																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Dalila SBAI IDRISSE

Ophthalmologiste

Echographie - Pachymétrie - Angiographie - Topographie

Laser - Lentilles de contact

Phacoémulsification - Strabologie

Chirurgie réfractive

الدكتورة دليلة السباعي الإدريسي

اختصاصية في أمراض وجراحة العيون

جراحة الساد (الجلالة)

بالأمواج فوق الصوتية

تخطيط الشبكية الوعائي

الليزر - الحول - تقويم الرؤية بالليزر

Casablanca, le 26 avril 2023

Mme BENAÏSSA Hind

20,00
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

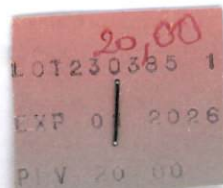
1 gtte x 5 / j x 48 h

1 gtte x 4 / j x 48 h

1 gtte x 3 / j x 48 h

1 gtte x 2 / j x 48 h

dans les deux yeux



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

PHARMACIE NICE
Résidence Bouraq
N°3 Bouraq
Casablanca
Tél: 05 22 94 93 39

لا يقبل أي تغيير لتاريخ الفحص

Docteur Dalila SBAI IDRISSE

Ophthalmologiste

Echographie - Pachymétrie - Angiographie - Topographie

Laser - Lentilles de contact

Phacoémulsification - Strabologie

Chirurgie réfractive

الدكتورة دليلة السباعي الإدريسي

اختصاصية في أمراض وجراحة العيون

جراحة الساد (الجلالة)

بالأمواج فوق الصوتية

تخطيط الشبكية الوعائي

الليزر - الحول - تقويم الرؤية بالليزر

Casablanca, le.....

26/04/2023

Nom et prénom : Mme BENAÏSSA 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 HOUSAYNI Mariem

Orthoptiste

3, bd Abdelatif Ben Kaddour, 1er Etage, N°2,
Quartier Racine, Casablanca

Tél: 05 22 94 13 99

Dr. Dalila SBAI IDRISSE
Ophthalmologiste
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 : Billet Orthoptique

Prix : 300 dhs

N° d'autorisation : 33 16.

Identifiant fiscal : 14434984.

Taxe professionnelle n°35660852.

ICE : 001650941000070.

INPE : 065050684.

AMRANI HOUSSAYNI Mariem
Orthoptiste
3, bd Abdellatif Ben Kaddour, 1er Etage, N2,
Quartier Racine, Casablanca
Tél: 05 22 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 BENAÏSSA 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 $1^\circ/\text{AO} = \text{AS} = -2.$

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

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

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