

# 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.

M23- 0027566

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

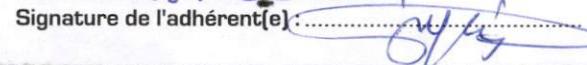
### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :	10534	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		ERRADE Mounia	
Date de naissance :		12 - 12 - 1971	
Adresse :		Mene A.	
Tél. :		0666217279	Total des frais engagés : _____ Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	/	/	/
Nom et prénom du malade :	EL ASRI SANTIRA		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :			
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> ALC	Pathologie : 09 FEV 2024
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 : 05/10/2014  
Signature de l'adhérent(e) : 



**البيان الدوري لتعويضات التأمين  
الصحي الإجباري**

**Relevé périodique des prestations AMO**

مديرية التأمين  
الصحي الإجباري

Direction de l'Assurance  
Maladie Obligatoire  
Réf. : 610-2-06  
مراجع رقم :

صفحة 1 / 1

المرسل إليه

N° d'immatriculation	186767583	رقم التسجيل
Règlements de la période		أداءات الفترة
du :	16/01/2024	: من
au :	16/01/2024	: إلى

**Destinataire**

ELASRI SAMIRA

Veuillez trouver ci-dessous une récapitulation des prestations AMO dont vous avez bénéficié au cours de la période précitée.

تجدون أدناه مجمل تعويضات التأمين الصحي الإجباري التي استفدت منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصارييف	التعريفة المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	تاريخ إرسال الأداء	مبلغ التعويض
Numéro de dossier	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coeff.	Quantité	Base de remboursement	Taux de remboursement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
<b>ELASRI SAMIRA</b>											
144559080	11/11/2023	D234	OPHTALMOLOGIE	200,00	247,50	11,00	1,00	247,50	70,00	16/01/2024	140,00
144559080	11/11/2023	D223	OPHTALMOLOGIE	600,00	292,50	13,00	1,00	292,50	70,00	16/01/2024	204,75
144559080	11/11/2023	CS	OPHTALMOLOGIE	150,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70,00	16/01/2024	105,00
<b>Total remboursé</b>					مجموع مبلغ التعويض					449,75	
<b>Total général remboursé</b>					مبلغ التعويض الاجمالي					449,75	

- Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

Pour plus d'informations :

merci de visiter notre site Web  
ou le portail des assurés  
ou l'application mobile  
ou appeler notre serveur vocal au numéro  
ou contacter notre centre d'appel ALLO DAMANE aux numéros

[www.cnss.ma](http://www.cnss.ma)  
[www.cnss.ma/Portail/](http://www.cnss.ma/Portail/)  
« Ma CNSS »  
080 20 30 100  
080 203 3333 / 080 200 7200

للمزيد من المعلومات:

يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني  
أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم  
أو تطبيق الهاتف  
أو الاتصال بالمكتب الإلكتروني على الرقم  
أو الاتصال بمركز الاتصال الى الضمان على الأرقام

**CENTRE D'OR** **D'ELECTROPHYSIOLOGIE**  
**MME SARA EL HANI ET LIHLI**  
DIPLOMÉE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER



Nom et PRÉNOM : **SARA EL HANI**

DATE : **W-M-A-93**

POUR LE DOCTEUR : **DR. ALEXANDRA**

- ELECTRORÉTINOGRAMME (MULTIFOCAL)
- POTENTIELS ÉVOQUÉS VISUELS
- ELECTRO OCULOGRAMME
- CHAMP VISUEL AUTOMATIQUE (HUMPHREY)
- CHAMP VISUEL GOLDMAN
- VISION DES COULEURS

# CENTRE D'ORTHOPTIE - D'ELECTROPHYSIOLOGIE

MME SERRAJ HANANE EP. FILALI

DIPLOMÉE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

Casa, Le 11/11/2023

Mme EL ASRI SAMIRA

Cher Docteur,

→ L'examen du champ visuel automatisé montre au niveau ODG:

- Central 30-2 : A/C

OD: Seuil foveal (34) dB.

Les indices globaux de la déviation totale et individuelle sont normaux.

C/C : Le CV et le THG sont dans les limites normales.

OG: Seuil foveal (25) dB.

Atteinte diffuse de la quasi-totalité du CV avec épargne de quelques points para-centraux et périphériques dans le cadran inféro-nasal, qui se traduit par le schéma de déviation totale et l'indice MD qui est perturbé à P<0.5%.

Atteinte localisée de la quasi-totalité du CV du côté temporal avec épargne de deux points périphériques, des points absous et pseudo-absous dans le CV du côté nasal surtout supérieur, qui se traduit par le schéma de déviation individuelle et l'indice PSD qui est perturbé à P<0.5%.

C/C : Le CV et le THG sont hors limites normales.

Amputation du CV du côté temporal, reste quelques points vus dans le cadran inféro-temporal de sensibilité rétinienne diminuée.

Un déficit profond, assez profond et relatif, para-central et périphérique dans le cadran supéro-nasal.

Des déficits relatifs, para-centraux et périphériques dans le cadran inféro-nasal.

→ L'examen du CV Goldman montre au niveau ODG :

OD : CV normal.

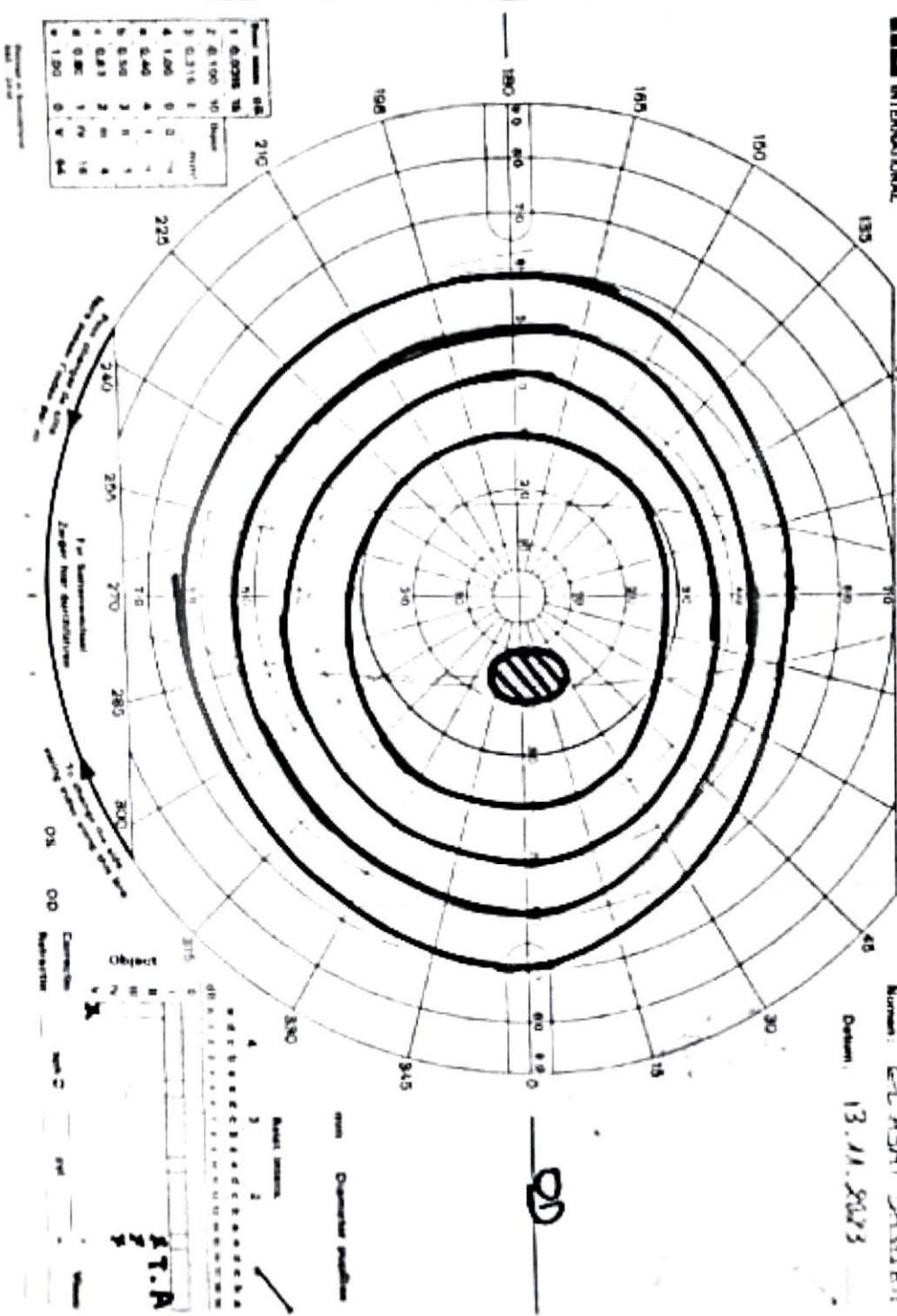
OG : Rétrécissement du CV central III et para-central IVI avec exclusion de la papille du IVI

Le III est non vu.



**115** MAD-STREET  
INTERNATIONAL

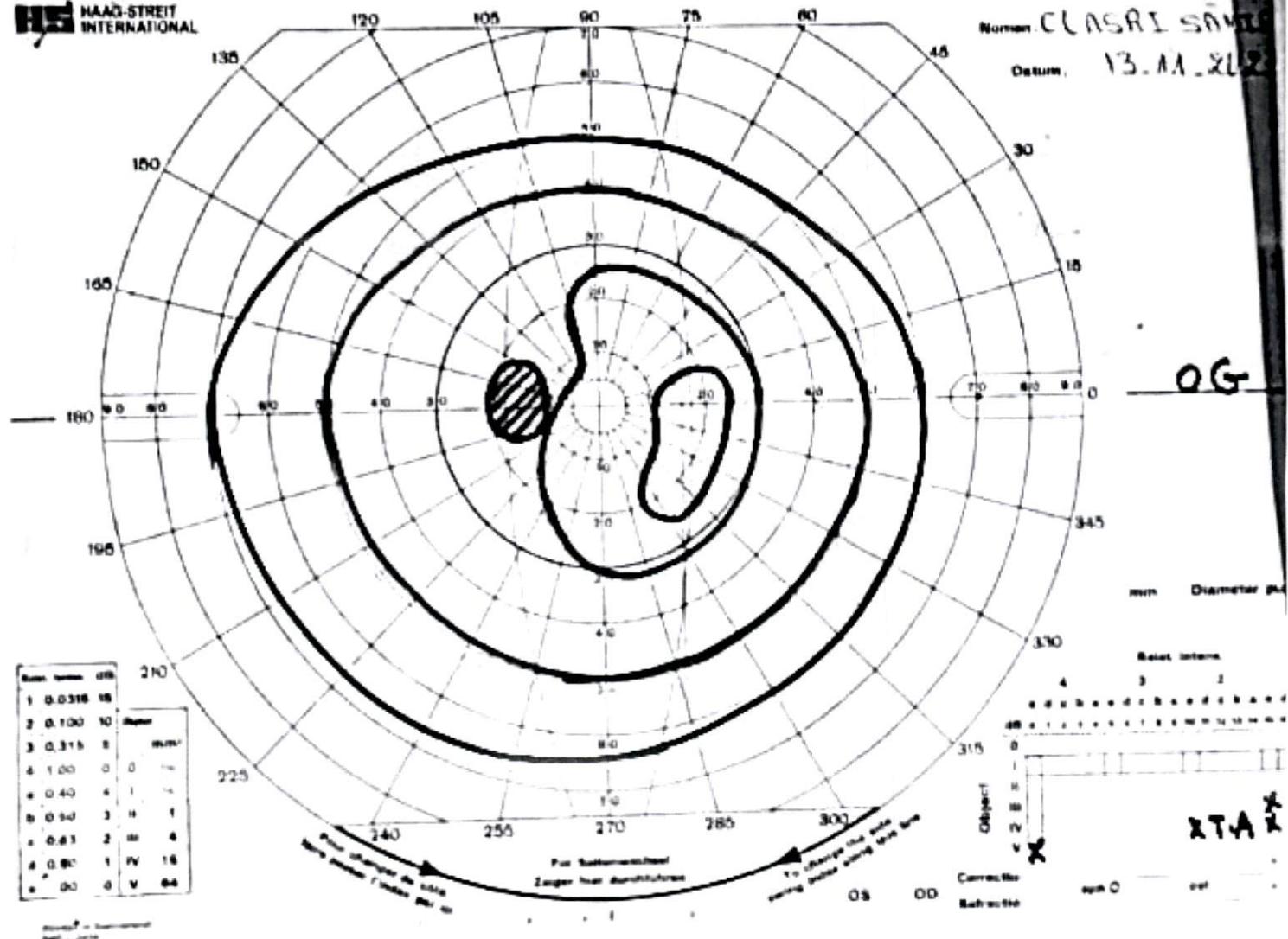
Nr.: 13.11.2023



**H&S** HAAG-STREIT  
INTERNATIONAL

Norman CLASRI SAWYER

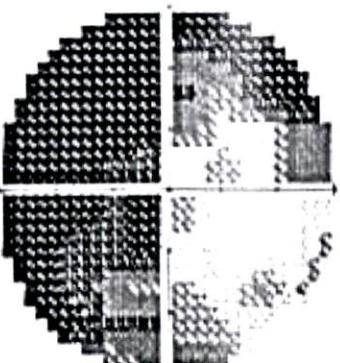
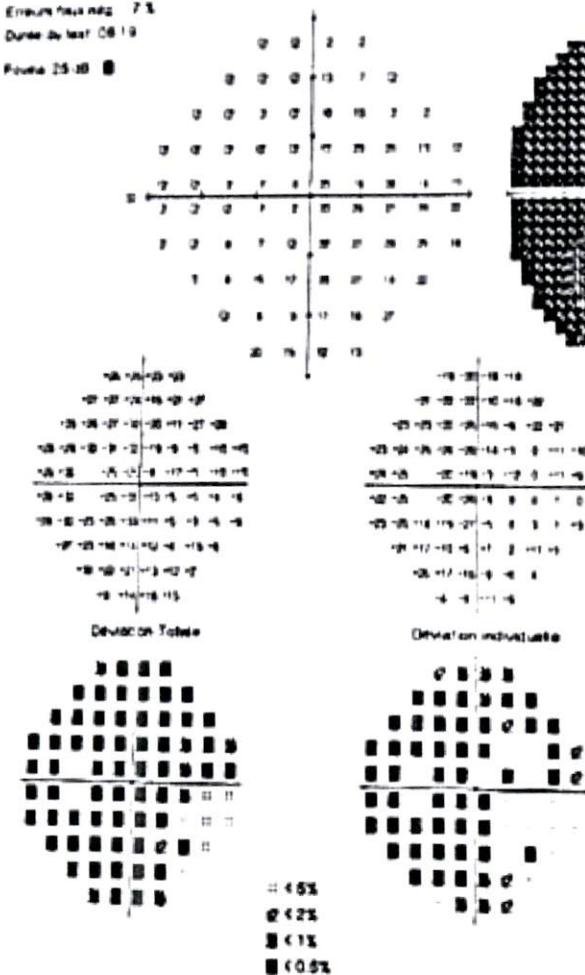
Datum, 13. XI. 21



Centrale de fixation: Sustenu regarde  
Cible de fixation: Centrale  
Perfides de fixation: 0/0  
Erratum fixe pos: 0 %  
Erratum fixe neg: 7 %  
Durée du test: 08:19

Stimulus #1 Blank  
Font 31 & 45B  
Stimulus #1A-Bank

Diamètre de la partie : Date : 11-11-2002  
Adulte vivante : Heure : 10:32  
R. : +2.25 D. : -1 L. : 47



THE  
HORN CHIMES PUBLICATION

47

MD - 17.94 ± 0.7405  
PSD 11.34 ± 0.7405

MARANE SERRAJ FILALI  
CENTRE D'ORTHOPIE - D'ELECTROPHYSIOLOGIE  
185 BL ABDELMOUEN BEN ALILI PARIS 75011  
TEL: 0622461066 - 0622264226 GSM: 066 16334

 الصندوق الاجتماعي pour tous <b>CNSS</b> Le devoir de vous protéger	<b>ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض</b> <b>Feuille de Soins Maladie</b>	موافقة مسبقة * <input type="checkbox"/> Entente préalable *	تنفيذ * <input type="checkbox"/> Exécution *	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire  Réf. - 610-1-02	مرجع رقم
--	---	--	---	--	----------

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom :	<b>EL ASRI SAMIRA</b>			خاص بالمؤمن له (لها)	
N° Immatriculation :	<b>111816716171518131</b>			الاسم العائلي والشخصي :	
N° CIN :	<b>BK114141813101</b>			رقم التسجيل :	
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *				رقم بطاقة التعرف الوطنية : علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها)	
Conjoint <input type="checkbox"/>	زوج	Enfant <input type="checkbox"/>	ابن		
Adresse :	العنوان :				
Montant des frais :	<b>950 درهم</b>			مبلغ المصروف :	
Nombre de pièces jointes :	<b>05</b>			عدد الوثائق المرفقة :	
<b>تصريح الطبيب المعالج</b> <b>المستفيد من العلاج</b>					
<b>assuré(e)</b> : الاسم العائلي والشخصي					
<b>date</b> : تاريخ الازدياد					
<b>INPE et code à barres</b> : رقم بطاقة التعرف الوطنية					
<b>جنس</b> : الجنس					

<b>Médecin traitant</b> الطبيب المعالج	<b>Etablissement de soins</b> المؤسسة العلاجية
---	---

Type de soins\*

<b>Hospitalisation</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Maternité</b>	<input type="checkbox"/>	<b>أمومة</b>	<input type="checkbox"/>	<b>استشفاء</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Accident</b>	<input type="checkbox"/>	<b>حادثة</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Maladie</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>مرض</b>
------------------------	--------------------------	------------------	--------------------------	--------------	--------------------------	----------------	--------------------------	-----------------	--------------------------	--------------	--------------------------	----------------	-------------------------------------	------------

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessous. Fait à : <b>Casablanca</b> Le : <b>13/10/2014</b>	أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه في : <b>Casablanca</b> <b>توقيع المؤمن له</b> Signature de l'assuré(e)	Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. Fait à : <b>Casablanca</b> Le : <b>13/10/2014</b>	أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه في : <b>Casablanca</b>
<b>نوع العلاجات*</b>			
<b>Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins</b> <b>OPHTHALMOLOGISTE</b> <b>235, Bd Yacoub El Mansour, Rés.</b> <b>Al Arafat, Etage N° 2 - Casablanca</b> <b>الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي - ساحة داكار - الدار البيضاء - 2186 - الهاتف: 080 203 3333</b>			

- \* Cocher la mention utile pour chaque case

- \*\* Accoller l'étiquette portant l'INPE ( Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins ) ainsi que le code à barres

080 203 3333 - سطيف ، لاند المساسة -

الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي - ساحة داكار - الدار البيضاء - 2186 - الهاتف: 080 203 3333

CNSS - Place de DAKAR - Casablanca BP. 2186 Casa Gare Téléphone : 080 203 3333

**ELECTROPHYSIOLOGIE**  
**NANE EP. FILALI**  
**DE MÉDECINE DE MONTPELLIER**



**FACTURE**

CASABLANCA LE 11/11/2023

Mme EL ASRI EPERRADE SAMIRA

CHAMP VISUEL	Désignation	Montant
		600,00
Somme arrêtée à : six cents dirhams	<i>TOTAL</i>	600,00

**CENTRE D'ORTHOPIE-D'ELECTROPHYSIOLOGIE**  
Mme SERRAJ H. Samira  
185, Bd Abdelmoumen Rés. Walili Parc  
Tél : 0522.26.26.26 / 48.10.86  
0661.63.34.25

ICE: 001804777000038

TP : 34309939

IF : 41909940

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

Description des actes effectués					وصف العمليات المجرأة
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant	
٢٠١٨/٨/٣	C2		350	Dr. LOUBNA CHAYAI OPHTALMOLOGISTE 235 Bd Yacoub El Mansour, Rés Anfa, Etage No 2 - Casablanca Tél : 05 22 97 22 80	
INPE et code à Barres					
	000000000000				
INPE et code à Barres					
	1_1_1_1_1_1_1_1_1_1				

CIM-10

Actes Paramédicaux						عمليات المساعدين الطبيين
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical	
٢٠١٨/٨/٣		CN		60000	CENTRE D'ORTHOPIÉ-D'ELECTROPHYSIOLOGIE Mme SERRAJ Hanane 185 Bd Abdelloumen Rés Mialili Parc Tél : 05 22 26 26 26 / 48 10 86 06 61 63 34 26	
INPE et code à Barres						
	1_1_1_1_1_1_1_1_1_1					
INPE et code à Barres						
	1_1_1_1_1_1_1_1_1_1					

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision