

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

N° W21-725255

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>738</u>	Société : <u>RAM</u>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>Demani Zohra</u>			
Date de naissance : <u>1980/10/10</u>			
Adresse : <u>hôpital</u>			
Tél. : <u>03 10 20 45 45</u>		Total des frais engagés : <u>903,00 Dhs</u>	
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
 <u>DR CHAKIB Abdellah</u> <u>CLINIQUE AL MADINA</u>			
Date de consultation : <u>03/01/2014</u>		Age : <u>1945</u>	
Nom et prénom du malade : <u>DR MouNi ZohRA</u>		<input type="checkbox"/> Enfant	
Lien de parenté : <u>Lui-même</u>		<input type="checkbox"/> Conjoint	
Nature de la maladie : <u>DR MouNi ZohRA</u>			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <u>DR MouNi ZohRA</u>			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous olconfidential 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 : 03/01/2014 Le : 03/01/2014

Signature de l'adhérent(e) : dolg

RELEVE 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
03/10/24	Ca	3000	3000	INP 09/10/24 CLINIQUE AL MADINA CHAKIB Abderrahim DOCTEUR - Ophthalmologue

PHARMACEUTIQUE AL ALAMI
Docteur en Pharmacie Date Montant de la Facture
435, Bd. Panoramique Polo Casablanca . Tel: 0522 52 19 99 3/10/24, 103,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	
GABINET D'ORCHOPTIE Fettouma JOURAHRI Houda LAHLOU 19, Rue Hadj Omar Biffi - Casablanca tél.: 05 22 30 63 / 05 22 54 11 49	04.10.24	CV Automatique ODS				500 NTF

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

	O.D.F PROTHESES DENTAIRES DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	CLEFS DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION
H	25533412	21433552									
D	00000000	00000000									
B	35533411	11433553									
	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION									



Pr. Abderrahim CHAKIB

Professeur d'Ophtalmologie
Ophtalmo - diabétologie
Maladies de la Rétine et Cataracte
Chirurgie des yeux

المدينة

مصحة متعددة الاختصاصات

الأستاذ عبد الرحيم شكيب

أستاذ في أمراض وجراحة العيون
داء العينين بالسكري وداء جلالة
أمراض الشبكية وجراحة العيون

ORDONNANCE 03 janvier 2024

Mme DERMOUNI Zohra



1/ timocomod: collyre

1 goutte à 8h et 20h, dans l'œil droit, pendant 3 Mois

T = 103,00

STERIPHARMA
AMM: 592/18 DMP/21/NRQ
PPV : 103,00 DH

STERIPHARMA
AMM: 592/18 DMP/21/NRQ
PPV : 103,00 DH

ذ. شكيب عبد الرحيم
أستاذ في أمراض وجراحة العيون
* CLINIQUE AL MADINA
* مصحة المدينة
* Dr. CHAKIB Abderrahim
professeur - Ophtalmologiste

PHARMACIE CALIFORNIE
ALL ALAMI
Docteur en Pharmacie
435, Bd. Panoramique Polo
Casablanca - Tél: 0522.52.19.99



Pr. Abderrahim CHAKIB

Professeur d'Ophtalmologie
Ophtalmo - diabétologie
Maladies de la Rétine et Cataracte
Chirurgie des yeux

الأستاذ عبد الرحيم شكيب

أستاذ في أمراض وجراحة العيون
داء العينين بالسكري وداء جلالة
أمراض الشبكية وجراحة العيون

ORDONNANCE
03 janvier 2024
Mme DERMOUNI Zohra

champ visuel automatisé 30.2 SEUIL

CABINET D'ORTHOPTIE
Fetouma JOUAHRI
Houda LAHLOU
19, Rue Hadj Omar Rifi - Casablanca
Tél.: 05 22 30 63 10/05 22 54 11 49



CABINET D'ORTHOPTIE

HOUDA LAHLOU

Diplômée de la faculté
de médecine de Montpellier

FETTOUMA JOUAHRI

Diplômée de la faculté
de médecine de Bordeaux

Casablanca, le 04.04.24

FACTURE

Je soussignée certifie avoir reçu de la part de

Mme-Mr : DEROUNI ZAHRA

La somme de **500 Dhs** (**cinq cents dirhams**)

*pour un champ visuel

Examen prescrit par son médecin traitant.

CABINET D'ORTHOPTIE

Fetrouma JOUAHRI

Houda LAHLOU

19, Rue Hadj Omar Riffi - Casablanca

Tél.: 05 22 30 63 10/05 22 54 11 49

19 Rue Hadj Omar Riffi-casablanca Tél :0522-30-63-10

Patentes N° :34307078/34307079

ICE ; 001930840000067/ 001986132000013

CLINIQUE AL MADINA

MULTIDISCIPLINAIRE

F A C T U R E

N° : 270 / 2024 du 03/01/2024

Nom patient DERMOUNI ZOHRA Entrée 03/01/2024
PAYANT Sortie 03/01/2024

CONSULTATION - CHAKI

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
-----------------------------	--------	------------	---------------	---------

FRAIS CLINIQUE	CONSULTA	1.00	50.00	50.00
			Sous-Total	50.00
Total Clinique				50.00

PR. CHAKIB ABDERRAHIM (ophtalmologue)	CONSULTA	1.00	250.00	250.00
			Sous-Total	250.00
Total Autres prestations				250.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	300.00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Compte bancaire : AWB 007780000330300000022736 , AGENCE MECQUE- CASA



CABINET D'ORTHOPTIE

Fetouma JOUAHRI

Diplômée de la faculté de
Médecine de Bordeaux.

Houda LAHLOU

Diplômée de la faculté de
Médecine de Montpellier.

Casablanca , le 04 – 01 - 2024

Docteur ,

Le champ visuel automatisé de **Mme DERMOUNI ZOHRA** a été fait avec une correction optique de +3 à l'œil droit et +2 à l'œil gauche.

TRACE OD :

- Seuil fovéal normal, à **34 dB**.
- on retrouve un ressaut nasal supérieur absolu qui se prolonge par un scotome arciforme et un ressaut nasal inférieur.
- Les indices globaux et le THG sont hors limites normales.
- Le VFI est à 82% .

TRACE OG :

- Seuil fovéal faible, à **13 dB** .
 - On retrouve une perte de sensibilité sur l'ensemble du champ visuel, il ne persiste qu'un îlot temporal inférieur de perception lumineuse .
 - Le VFI est à 2 %.
- *L'analyse du seuil central, montre l'épargne d'un îlot temporal inférieur à sensibilité très moyenne.

CONCLUSION :

Le champ visuel de **Mme DERMOUNI** montre une altération bilatérale, plus importante à l'œil gauche.

Avec mes remerciements .

CABINET D'ORTHOPTIE
Fetouma JOUAHRI
Houda LAHLOU
19, Rue Hadj Omar Rifi - Casablanca
Tél.: 05 22 36 63 10/05 22 54 11 49