

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 sène.
- 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Pnse 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 8ème Etage Angle Rue Mohamed Fakr 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

W21-833711

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1246

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : EL YAALAOUI MOHAMED

Date de naissance : 01/01/1948

Adresse : 2, Rue TAHANAOUTE - HAYESSALAM
CASABLANCA

Tél. : 064416 0661141637

Total des frais engagés : 2198,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 7/02/2024

Nom et prénom du malade : SOUSSI NAÏMA

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection chronique

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC

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 : CASA

Le : 8/02/2024

Signature de l'adhérent(e) :

PR64FR05/V2/20-10-2023

Autorisation CNDP N° : A-A-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
07/02/24		6	300,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/02/2024	192,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	05/02/24	OCT	FC: 720,00
	05/03/24	ChamPisvel	Hm: 480,00
			500,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

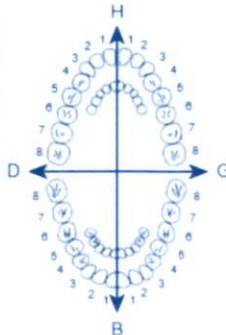
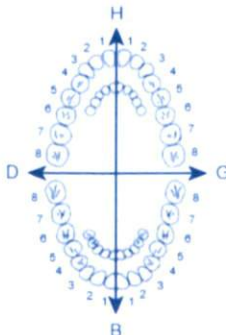
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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	Montant des Honoraires	Coefficient DES TRAVAUX
					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
	<div> <div>H</div> <div> <div>25533412</div> <div>00000000</div> </div> <div>D</div> <div> <div>00000000</div> <div>35533411</div> </div> <div>G</div> <div> <div>21433552</div> <div>00000000</div> </div> <div>B</div> <div> <div>00000000</div> <div>11433553</div> </div> </div>				
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession				
					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



CASABLANCA EYE CENTER

CASABLANCA LE : 10/02/24.

Reçu

Mr /Mme : Saoussi Naima

LA SOMME DE : 300DH

ACTE REALISE : C2

MEDECIN



52, Rue Ifrane, Hay Salam. CIL-Casablanca-Maroc.
I.F N° : 35541579 - Taxe Professionnelle N° : 355780687
CNSS N°: 1703858 - ICE : 00227345000002

+212 (0)5 22 94 12 12 / +212 (0)5 22 99 33 77
Contact@casablancaeyecenter.com
www.casablancaeyecenter.com

    @casablancaeyecenter



20 février 2024

Mme SOUSSI Naima



14500
AQUALARMES unidoses

1 goutte x3/j 24 la dosette , dans les deux yeux, pendant 10 jours

2470
TOBREX

i goutte x3/j pdt 10j , dans les deux yeux, pendant 10 jours

2300
PHYSIODOSES

4 x/j, dans les deux yeux, pendant 10 jours



LOT 233408
EXP 10 2026
PPV 24.70 DH



19270
PHARMACIE ARABICA
Hicham TAL pharmacien
12, Rue d'Ifrane Hay Salam C.I.L.
Casablanca - Tél : 05 22 36 13 05



CENTRE D'OPHTALMOLOGIE DE CASABLANCA

F A C T U R E

N° 901 / 2024 du 05/03/2024

Nom patient	SOUSSI NAIMA	Entrée	Sortie
		05/03/2024	05/03/2024
Prise en charge	PAYANT		

CHAMP VISUEL

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
FRAIS CLINIQUE	1.00		500.00	500.00
			Sous-Total	500.00
Total				500.00

	Total général	500.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :		
CINQ CENTS DIRHAMS		

Encaissements		Carte Bq		Total encaissé	Solde
		500.00		500.00	0.00



20 février 2024

Mme SOUSSI Naima

Merci de bien vouloir réaliser les examens suivant :

voudriez vous réaliser un champs visuel automatisé
hymphrey programme 24-2

N.B : Vous pouvez nous envoyer les résultats des analyses par
email en indiquant dans l'objet le code patient suivant :
"@PT230918103710@" à l'adresse : bilan.ophtalmo@gmail.com



Casablanca le 05/03/2024

Merci de m'avoir confié Mme SOUSSI Naima âgée de 68 ans et dont le champ visuel automatisé seuil (24-2) Sita-standard révèle :

Œil droit :

- Atteinte localisée objectivée par le schéma de la déviation individuelle et l'indice PSD qui est légèrement perturbé (<10%)
- Le seuil fovéal est de 37 dB
- Diminution de sensibilité localisée au niveau du ressaut nasal
- Perte de sensibilité diffuse sur la périphérie du champ visuel
- L'hémi champ glaucomateux est dans les limites normales

Œil gauche :

- Association d'une atteinte localisée objectivée par le schéma de la déviation totale et l'indice MD qui est perturbé (<0.5%), et d'une atteinte localisée objectivée par le schéma de la déviation individuelle et l'indice PSD qui est perturbé (<0.5%)
- Le seuil fovéal est de 30 dB
- Élargissement de la tâche aveugle
- Diminution de sensibilité au niveau du ressaut nasal
- Déficit relatif à absolu diffus sur la périphérie du quadrant supéro-temporal du champ visuel
- Perte de sensibilité diffuse sur le reste du champ visuel
- L'hémi champ glaucomateux est hors limites normales

Naima Khalil EL OUADGHIRI
Orthoptiste
Centre d'Ophthalmologie de Casablanca

Bien à vous

Patient : SOUSSI, NAIMA

DDN : 27 déc. 1955

Sexe : Femme

ID : CZMI1027832530

ZEISS

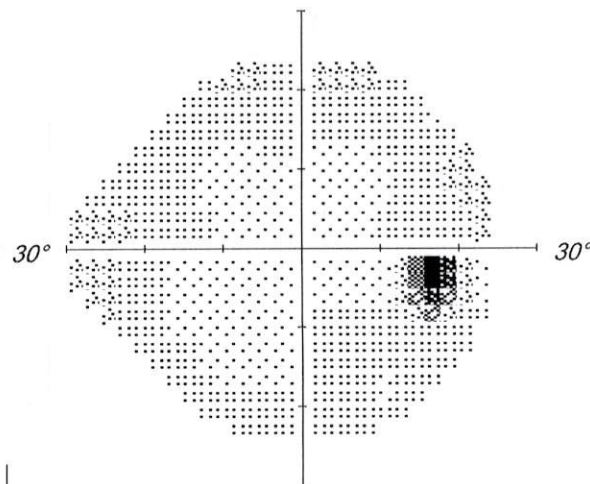
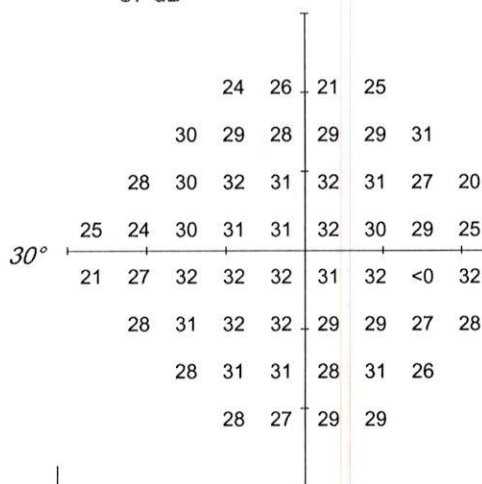
OD Analyse de champ unique

Central 24-2 Test de seuil

Contrôle de fixation : Désactivé
Cible de fixation : Centrale
Pertes de fixation : 0/0
Erreurs faux pos. : 0%
Erreurs faux nég. : 1%
Durée du test : 04:57
Fovéa : 37 dB

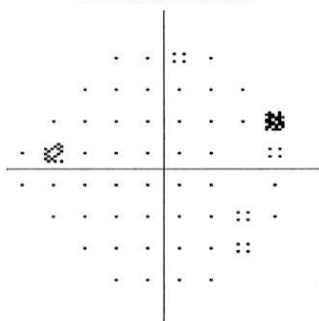
Stimulus : III, Blanc
Fond : 31,5 asb
Stratégie : SITA Standard
Diam. pupille :
Acuité visuelle :
Rx : +3,25 DS

Date : 05 mars 2024
Heure : 10:39
Âge : 68



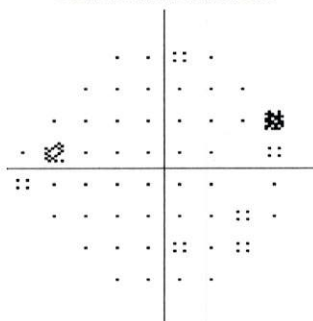
-2	0	-5	0
2	0	1	1
0	1	2	0
-1	-5	0	0
-5	-2	2	0
-1	1	1	0
-1	1	0	-2
0	-2	0	0

Déviatiion Totale



-3	-1	-6	-1
1	-1	-2	0
-1	-1	1	-1
-2	-6	-2	-1
-6	-3	0	-1
-2	0	0	-1
-2	-1	-1	-4
-1	-3	-1	-1

Déviatiion individuelle



THG : Dans les limites normales

VFI24-2 : 98%
MD24-2 : -0,38 dB
PSD24-2 : 1,93 dB P < 10%

:: P < 5%
■ P < 2%
■ P < 1%
■ P < 0,5%

Commentaires

ZEISS



CASABLANCA
**LASER
VISION**

Nouvelle Vue. Nouvelle Vie.

07 février 2024

Mme SOUSSI Naima

Merci de bien vouloir réaliser les examens suivant :

OCT maculaire

N.B : Vous pouvez nous envoyer les résultats des analyses par
email en indiquant dans l'objet le code patient suivant :
"@PT230918103710@" à l'adresse : bilan.ophtalmo@gmail.com



CASABLANCA EYE CENTER

52, Rue Ifrane, Hay Salam. CIL-Casablanca-Maroc.
I.F N° : 35541579 - Taxe Professionnelle N° : 355780687
CNSS N°: 1703858 - ICE : 00227345000002

+212 (0)5 22 99 33 77 / +212 (0)5 20 85 00 40
Contact@casablancaleservision.ma
www.casablancaleservision.ma



CENTRE D'OPHTALMOLOGIE DE CASABLANCA

F A C T U R E

N° 433 / 2024 du 07/02/2024

Nom patient	SOUSSI NAIMA	Entrée	Sortie
		07/02/2024	07/02/2024
Prise en charge	PAYANT		

OCT

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
FRAIS CLINIQUE	1,00		720,00	720,00
			Sous-Total	720,00
Total Frais Clinique				720,00
PRESTATIONS EXTERNES				
DR. RAISS ABDERRAHMANE (ophtalmologue)	1,00		480,00	480,00
			Sous-Total	480,00
Total prestations externes				480,00

	Total général	1 200,00
Arrêtée la présente facture à la somme de :		
MILLE DEUX CENTS DIRHAMS		

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	1 200,00				1 200,00	0,00



07/02/2024

COMPTE RENDU OCT MACULAIRE :

Nom : Mme Soussi

Prénom : Naima

Oeil droit :

- Épaisseur maculaire centrale de : 278 μ m
- Entonnoir fovéolaire est normale
- Absence d'épaississement maculaire
- Absence de DSR, DEP
- Absence d'amincissement maculaire
- Présence d'un décollement postérieur du vitré partiel

Oeil gauche :

- Épaisseur maculaire centrale de : 274 μ m
- Entonnoir fovéolaire est normale
- Absence d'épaississement maculaire
- Absence de DSR, DEP
- Absence d'amincissement maculaire
- Présence d'un décollement postérieur du vitré partiel

Au total, OCT maculaire normale

