

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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : <u>9728</u>	Société : <u>R.A.M.</u>	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : <u>BOUHABE Nabilha</u>		
Date de naissance : <u>01-04-68</u>		
Adresse : <u>Habib Bourguiba</u>		
Tél. : <u>0634 6047 53</u>	Total des frais engagés :	<u>8000 Dhs</u> Dhs

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
 <u>01/02/94</u> <u>LAMHAYA KHALID</u> Age: <u>24 ans</u>		
Date de consultation :	<u>01/02/94</u>	
Nom et prénom du malade :	<u>LAMHAYA KHALID</u>	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :	<u>Affection Oculaire</u>	
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.		

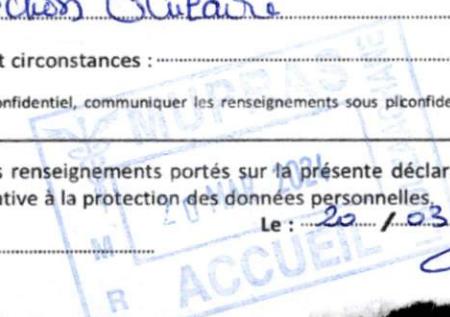
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 20/03/94

Cay



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
01/02/24	Ch.	300g	300g	INP : 097021361

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

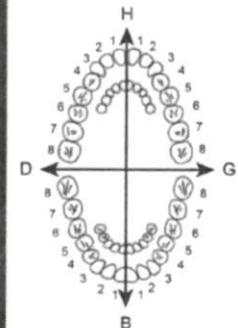
AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	01/02/24	300				300DA

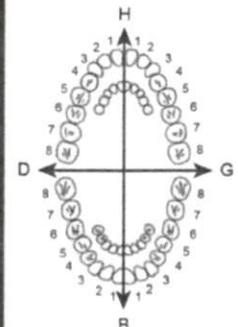
INPE : 095006680

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

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

[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

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

Dr. Bennani Mohammed Amine

Ophthalmologiste

Diplômé de l'institut Universitaire
BARRAQUER - BARCELONE

CASABLANCA



الدكتور بناني محمد أمين

أمراض وجراحة العيون

خريج معهد براكيير - برشلونة

Chirurgie de la myopie - Astigmatisme - Hypermétropie - Présbytie
Cataracte - Glaucome - Rétine médicale - Ophtalmo-pédiatrie - Strabisme

Casablanca, le 15 FEV 2024

Patient : **Monsieur LAMHAYA Khalid**

MONTURE / VERRES PROGRESSIFS ANTI-REFLETS BLANCS

Oeil Droit : Verre plan de loin, De près + 2,50

Oeil Gauche : Verre plan de loin, De près + 2,50

AVEC PRISME INTEGRÉ SUR VERRE GAUCHE DE 5[^] BASE INFÉRIEURE



7, Rue Ibnou Babek, Racine par Bd. Massira El Khadra 20100 - Casablanca
• Tél.: +(212) 522 362 000 /02 / mariophta@gmail.com - INPE : 0016 3421 50 000 40

Dr. Bennani Mohammed Amine
Ophthalmologiste

Diplômé de l'institut Universitaire
BARRAQUER - BARCELONE

CASABLANCA



الدكتور بناني محمد أمين
أمراض وجراحة العيون
خريج معهد براكيير - برشلونة

Chirurgie de la myopie - Astigmatisme - Hypermétropie - Présbytie
Cataracte - Glaucome - Rétine médicale - Ophtalmo-pédiatrie - Strabisme

Casablanca, le 01/02/24

Patient : Monsieur Khalid LAMHAYA

BILAN VB / SUITES DE PSIE OCULOMOTRICE 2019 - INTERET D'UNE PRISMATION ?

~~Mme SERRAJ Hamane~~
~~Centre d'Orthoptie - d'Electrophysiologie~~
~~35 Bd Abdellatif Jdid, 1er étage, Villa Parc~~
~~Casablanca - Tél.: 06 22 20 34 26 / 06 10 86~~
~~GSM : 06 61 63 34 26~~



7, Rue Ibnou Babek, Racine par Bd. Massira El Khadra 20100 - Casablanca
• Tél.: +(212) 522 362 000 /02 / mariophta@gmail.com - INPE : 0016 3421 50 000 40



095006680

327, Boulevard Zerkouni, Quartier
Bourgogne 20053 Casablanca Maroc
Tél: 00212522200357
E-Mail: contact@opticalys.ma
Site Web: www.opticalys.ma

M. LAMHAYA KHALID

FACTURE N° : F24/7997

Date : 19/03/2024



113864

Qté	Cat.	Désignation	Prix unitaire	Remb.	Montant	TVA
1	VER	INDO progressif ingénia organique 1.67 transition natural 10 précal	2400.00		2400.00	20.0
1	VER	INDO progressif ingénia organique 1.67 transition natural 10 précal prisme	2600.00		2600.00	20.0
1	MON	RODENSTOCK R7064 B 53/16	2400.00		2400.00	20.0

Corrections :

VL D. Sph: 0.00 Add: +2.50
VL G. Sph: 0.00 Add: +2.50 Pri: 5 Bas: INFER
VP D. Sph: +2.50
VP G. Sph: +2.50

Paiements

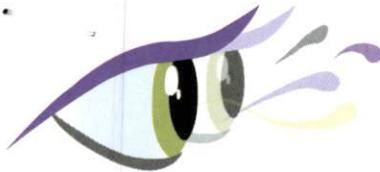
Acomptes 7400.00

Montant total payé : 7400.00
Solde : 0.00

Totaux

Total Net HT : 6166.67 Dh
Montant TVA : 1233.33 Dh
Total Net TTC : 7400.00 Dh

CENTRE D'ORTHOPTIE - D'ELECTROPHYSIOLOGIE
MME SERRAJ HANANE EP. FILALI
DIPLOMÉE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER



FACTURE

CASABLANCA LE 01/02/2024

Mr LAMHAYA KHALID

Désignation	Montant
BILAN ORTHOPTIQUE	300,00
TOTAL	300,00

Somme arrêtée à : trois cents dirhams

[Handwritten signature]
CENTRE D'ORTHOPTIE - D'ELECTROPHYSIOLOGIE
Mme SERRAJ Hanane
185, Bd. Abdelmoumen Rés. WALILI PARC
Casablanca - TÉL : 0522.26.26.26 / 48.10.86
GSM : 06.61.63.34.26

ICE: 001804777000038

TP : 34309939

IF : 41909940

185, Bd. Abdelmoumen, Rés. WALILI PARC, 2^{ème} Etg. (en face station Tram Faculté de Médecine)

: 0522.26.26.26 / 48.10.86 : 0661.63.34.26 : ha.serraj@gmail.com

CENTRE D'ORTHOPTIE - D'ELECTROPHYSIOLOGIE

MME SERRAJ HANANE EP. FILALI

DIPLOMÉE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER



CASA, Le 01/02/2024

Cher Docteur,

L'examen de Mr LAMHAYA KHALID (57 ans) montre les éléments suivants :

INTERROGATOIRE

Diplopie il y'a longtemps.

ACUITE VISUELLE

VL S/C OD	10/10	VP A/C OD	P4
VL S/C OG	10/10	VP A/C OG	P4

EXAMEN MOTEUR

Mesure de l'angle : ESE (en dioptries)

VL S/C : ODF = OGF : HTG = HypoD = 6

VP S/C et A/C: ODF = OGF : HTG = HypoD = 5

Test de Bielshowsky: positif

Tête/ épaule droite : HTG = 3

Tête/ épaule gauche : HTG = 10

Motilité oculaire: normale

Déviométrie :

En haut à droite Orthophorie	En haut Orthophorie	En haut à gauche Orthophorie
A droite HTG = 6		A gauche HTG = 2
En bas à droite HTG = 8, E = 4	En bas HTG = 3, E = 4	En bas à gauche HTG = 2, E = 2

La diplopie augmente dans le regard en bas à droite (droit inférieur droit, GOB gauche)

EXAMEN SENSORIEL

Verre Rouge à l'AO: union binoculaire à HTG = 5

Worth : diplopie

Vision stéréoscopique : négative

Synoptophore

S/C : ODF = OGF : AO = AS = 0, HTG = HypoD = 6

CONCLUSION

Hypertropie gauche avec diplopie.

Sur le plan visuel : iso acuité visuelle.

Sur le plan moteur : concomitance de verticalité.

Bielshowsky positif.

La diplopie augmente dans le regard en bas à droite (droit inférieur droit, GOB gauche).

Sur le plan sensoriel : diplopie, à son angle union binoculaire à HTG = 5.

Il s'agit de la parésie du IV gauche.

Je propose d'incorporer à la correction optique de l'OG un prisme de 5 dioptries base inférieure en VL et VP .

Bien à vous

CENTRE D'ORTHOPIE - D'ELECTROPHYSIOLOGIE
Mme SERRAJ Hanane
185 Bd. Abdelloumen Rés. Walili Parc
Casablanca - Tél. 06 22 26 26 26 / 48 10 86
GSM : 06 61 63 34 26

