

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.
- 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 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 une fois par an.

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.

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

W21-836333

200874

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9766 Société : R.A.M

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BAST FATI MA

Date de naissance : 07-11-1967

Adresse : 273 Bd My Youssef CASABLANCA

Tél. : 0678267057 Total des frais engagés : 500,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21 / 02 / 2024

Nom et prénom du malade : 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 : Le : 02 / 04 / 2024

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

[illegible][illegible]

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

[illegible]

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	COEFFICIENT DES TRAVAUX
					<input type="text"/>
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
					FIN D'EXECUTION
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D-----G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div>				MONTANTS DES SOINS
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession </div> <div> Montant des Honoraires </div> </div>				DATE DU DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	
					COEFFICIENT DES TRAVAUX
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
					FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
D		C
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	



B

[Création, remont, adjonction] <small>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</small>	Montant des Honoraires

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



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 : مرجع رقم

Emis à : CASABLANCA : أصدر ب
Le : 27/03/2024 : بتاريخ

Page 1 / 1 الصفحة

N° d'immatriculation 134566234 رقم التسجيل
Règlements de la période : من
du : 27/03/2024 : إلى
au : 27/03/2024 : إلى

المرسى إليه
Destinataire
HABILLE SAID

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

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

رقم الملف	تاريخ العلاج	العقوبات	مهنيو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريف المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	تاريخ إرسال الاداء	مبلغ التعويض
Numéro de dossier	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coeff.	Quantité	Base de rembour- sement	Taux de rembours- ement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
HABILLE SAID											
124697944	21/02/2024	D350	OPHTALMOLOGIE	500,00	225,00	10,00	1,00	225,00	83,00	27/03/2024	186,75
Total remboursé مجموع مبلغ التعويض											186,75
Total général remboursé مبلغ التعويض الاجمالي											186,75

- 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
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 بالمجيب الآلي على الرقم
أو الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام

 <p>الضمان الاجتماعي CNS Le devoir de vous protéger</p>	<p>ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée</p>		<p>مديرية التأمين الصحي الإلزامي Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p>
	<p>مراقبة مستقلة Entente préalable *</p>	<p>تنفيذ Execution *</p>	<p>مرجع رقم 610-1-03 Ref. : 610-1-03</p>

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : HABILLE SAID : الاسم العائلي والشخصي :
 N° Immatriculation : 11341566-12134 : رقم التسجيل :
 N° CIN : 13-56786-1-1 : رقم بطاقة التعريف الوطنية :
 Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) * : علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) *
 Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن ☐
 Adresse : 273, BD 174 Youssouf Casa / Annfa : العنوان :
 Montant des frais : 500,00 Dhs. : مبلغ المصاريف :
 Nombre de pièces jointes : 05 : عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du Médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : المستفيد من العلاجات
 Nom et prénom : HABILLE SAID : الاسم العائلي والشخصي :
 Date de naissance : 14/05/1964 : تاريخ الإزدياد :
 N° CIN : 13-56786-1-1 : رقم بطاقة التعريف الوطنية :
 Sexe * : M ذكر ☒ أنثى ☐ : الجنس * :

INPE et code à barres **

الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفر **

Médecin traitant : 10101016-12134 : الطبيب المعالج :
 Etablissement de soins : 27, Rue de Fathma, Casablanca : المؤسسة العلاجية :

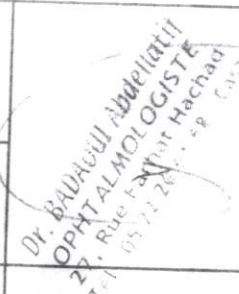
Type de soins

نوع العلاجات

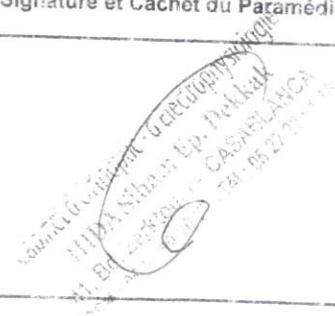
Admission ALD * : ☐ Oui ☐ Non : قبول المرض المزمن * :
 N° dossier ALD : 11341566-12134 : رقم ملف المرض المزمن :
 Code ALD : 11341566-12134 : رمز المرض المزمن :
 Maladie * ☐ مرض * ☐ Hospitalisation * ☐ استشفاء *

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. : أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه
 Fait à : Casa : ب :
 Le : 14/05/2014 : في :
 Signature de l'assuré(e) : SAID HABILLE
 Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins : Dr. O. P. 27, Rue de Fathma, Casablanca

* Attribuer la mention utile pour chaque case
 ** Accoler l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins), ainsi que le code à barres.
 080 200 7200 - 080 203 3333 : الهاتف - الدار البيضاء المحطة - 2186 - الدار البيضاء ص. ب. 2186 - الدار البيضاء ص. ب. 2186 - الدار البيضاء ص. ب. 2186
 Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. 2186 Casa Gare Téléphone : 080 200 7200 - 080 203 3333

Description des actes effectués					وصف العمليات المجرأة
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant	
21-2 2024	C		Ceriv		
INPE et code à Barres 1 9 5 1 1 2 1 1 6 1 9 3 1					
INPE et code à Barres 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 المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
23-02	2024	Bo + lanc		5000H	
INPE et code à Barres 1 9 5 1 1 2 1 1 6 1 9 3 1					
INPE et code à Barres 1 _ _ _ _ _ 1 _ _ _ _ _ 1					

CIM-10 : Classification internationale des Maladies - dixième révision

DR BADAoui ABDELLATIF

Ophthalmologiste spécialiste de la chirurgie de la cataracte et de la correction visuelle au laser des myopies, astigmatismes, hypermétropies et presbytie

Diplôme de la faculté de médecine de Montpellier
Ex-attaché de l'hôpital des quinze-vingt à Paris

الدكتور بدوي عند اللطف

اختصاصي في جراحة العيون المياه البيضاء
و تصحيح البصر بالليزر غير معد و غير قريب

خريج كلية مونتبليي بفرنسا
معلق سابق بمستشفى فال - كاتر بباريس

Casablanca, le 21/02/2024 في البيضاء

Monsieur HABILLe Said

FAIRE BILAN ORTHOPTIQUE

LAUCAS ER !!

MERCI

Cabinet d'Orthoptie - Electrophysiologie
HIDA Sihani - P. Dekkak

Dr. BADAoui ABDELLATIF
OPHTHALMOLOGISTE
27, Rue Ferhat Hachad
Tél. 05 22 20 92 43



Consultations : Tél.: 0522 26 61 68 / 0522 43 02 71 / 0680 21 70 90 - N° 27 Rue Ferhat Hachad
(perpendiculaire Bd. du 11 janvier). Casablanca.

Urgences : Tél.: 0522 20 92 43 / 0522 22 12 96 - Clinique Rachidi, 43 Bd. Rachidi. Casablanca.

E-mail : ophta.badaoui@gmail.com - www.dradaouiabdellatif.com - www.casablancaleservision.com

HIDA SIHAM
Cabinet d'Orthoptie-d'Electrophysiologie

Casablanca le:23/02/24

Mr HABILLE SAID,

Facture pour : N°6935

INPE : N°065048118

Désignation	Montant
Bilan orthoptique+Lancaster	500,00DH
Arrêté la présente à la somme de :	500,00DH
Cinq cent dirhams	


HIDA SIHAM
41, Bd. Zerktouni - CASABLANCA
CSN : 06 61 59 20 77 - Tel : 05 22 22 91 10

HIDA SIHAM
ORTHOPTISTE
41, Boulevard zerktouni
(Res lissikrar)
Tel : 0522 22 91 10 :

Casablanca, le 23/02/2024

Cher Docteur,

Je vous remercie de m'avoir adressé **Mr HABILLE SAID**, âgé de 63 ans

Je note ce jour les éléments suivants :

Antécédents personnels : Vision floue à la conduite-Vertiges-Pas de diabète ni HTA.

Antécédents familiaux : RAS

Correction optique portée : Oui

Traitement antérieur : CO

Lang : Négatif.

Wirth : M⁺, 7 P⁺, AB+

Bagolini : V_L= Fusion.

V_P= Fusion.

Verre rouge : V_L= Fusion.

V_P= Fusion.

Acuité visuelle :

AC | VOD = 10/10f R3
| VOG = 6/10f R4

SC | VOD = 5/10f
| VOG = 1.8/10

Examen sous écran:

AC: | X4
| X'12

SC | X4
| X'12

PPC : 7-8 cm(OG lâche)

Cabinet d'Orthoptie - d'Electro-physiologie
HIDA SIHAM Ep. Tekkak
41 Boulevard Zerktouni
Casablanca

HIDA SIHAM
ORTHOPTISTE
41, Boulevard zerktouni
(Res lisstikrar)
Tel : 0522 22 91 10 :

Casablanca, le 23/02/2024

Cher Docteur,

Je vous remercie de m'avoir adressé **Mr HABILLE SAID**, âgé de 63 ans

Je note ce jour les éléments suivants :

Antécédents personnels : Vision floue à la conduite-Vertiges-Pas de diabète ni HTA.

Antécédents familiaux : RAS

Correction optique portée : Oui

Traitement antérieur : CO

Lang : Négatif.

Wirth : M⁺, 7 P⁺, AB⁺

Bagolini : V_L= Fusion.

V_P= Fusion.

Verre rouge : V_L= Fusion.

V_P= Fusion.

Acuité visuelle :

AC | VOD =10/10f R3
| VOG =6/10f R4

SC | VOD = 5/10f
| VOG = 1.8/10

Examen sous écran:

AC: | X4
| X'12

SC | X4
| X'12

PPC : 7-8 cm(OG lâche)

Cabinet d'Orthoptie et d'Electrophysiologie
HIDA SIHAM E.P. Dekkak
41, Boulevard Zerktouni
Casablanca

A l'étude de la motilité



Poursuite Horizontale: Saccadée à droite.

Poursuite Verticale: Saccadée en haut et en bas.

Saccades Horizontales: Négatif.

Saccades verticales: Difficiles à gauche.

Test vestibulo-oculaire: Normal tête tournée à droite et à gauche.

Vergences :

D₄ C₆

D'₁₂ C' 25-30

Avec test paramaculaire de 2^{ème} degré : -6 → +25

Au synoptophore =

AC AO = +6 = AS

SC AO = +6 = AS

CONCLUSION :

Donc au total

Sur le plan moteur: Une exophorie en vision de loin et de près avec et sans correction.

Sur le plan visuel: Amblyopie relative OG AC.

Sur le plan sensoriel: Fusion en vision de loin et de près.

Lancaster :

Hypertropie gauche minime.

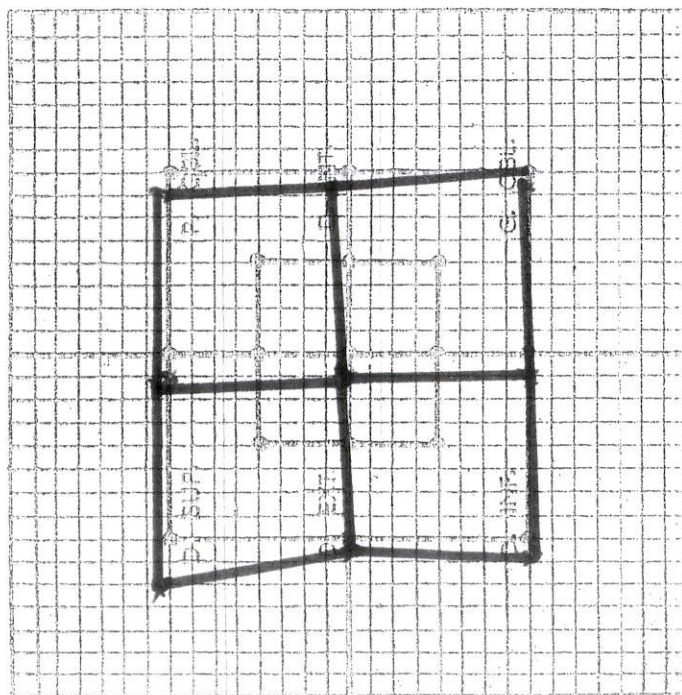
→ Mieux avec prisme ½ dioptrie arête supérieure au niveau de l'œil gauche incorporé à la correction optique.

En vous remerciant de votre confiance,

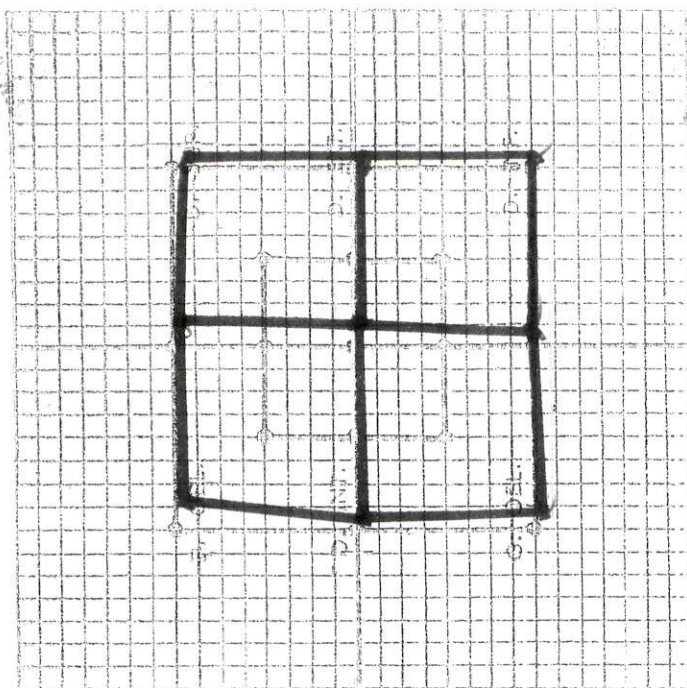
Cabinet d'Orthoptie et Electrophysiologie
MIDA Sidi El-Hadi Ep. Dekkak
41, Bd Zerktouni - CASABLANCA
Tél: 051 59 29 77 - Fax: 05 22 29 91 44

SCHEMAS DE LANCASTER

O.C.



O.C.



Nom : MR HABILLÉ Prénom : Said

Diagnostic

Age : 63 ans Date : 23-02-2020

Hypertonie gauche minime (1/2D)