

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 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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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.

200874

Optique Autres

Maladie Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricule : 9766

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BAST

EATI MA

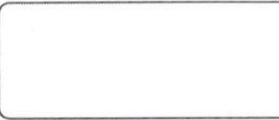
Date de naissance : 07-11-1967

Adresse : 23 Bd My Youssef Casablanca

Tél. : 0678207057

Total des frais engagés : 500,00 D.H. Dhs

Autorisation CNCDP N° : AA-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
Date de consultation :	21/02/2024	Age :
Nom et prénom du malade :		
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 :
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.		

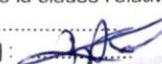


J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : 02/04/2024

Signature de l'adhérent(e) :



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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

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
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

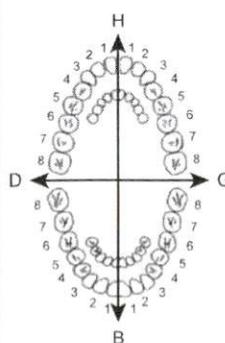
Important:

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIR

		H
25533412		21433552
00000000		00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
	T	



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

CŒFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

 الصندوق الاجتماعي CNSS	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 Le : 27/03/2024	أصدر ب : بتاريخ :
		Page 1 /1
		المرسل إليه
N° d'immatriculation 134566234 Règlements de la période du : 27/03/2024 : من au : 27/03/2024 : إلى		Destinataire HABILLE SAID

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 استقدتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العنيلات	مهنيو الصحة	مبلغ المصارييف	التعرية المرجعية	المعامل	الكمية	أسس 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
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					
Total général remboursé						مبلغ التعويض الاجمالي					

- 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 للسودان لهم
 أو تطبيق الهاتف
 أو الاتصال بالتحبيب الآلي على الرقم
 أو الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام

Description des actes effectués

وصف العمليات المجرأة

رصف العمليات المجرأة	توقيع و طابع الطبيب المعالج	Signature et Cachet du Médecin traitant		
المعاملات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	المبلغ المفترض Montant facturé	
21-2	09		CER 12,00	
2024				
INPE et code à Barres 12345678901234567890				
INPE et code à Barres 12345678901234567890				

CIM-10

Actes Paramédicaux

الطباطبائين المساعدات عمليات

نوفمبر ٢٠١٣ | طباعة المساعد الطبي

Signature et Cachet du Paramédical

CIM-10 : Classification internationale des Maladies - dixième révision

الدكتور بادوي عبد الصفي

الاختصاصي في جراحة العين سيد عبد الصفي
وتصحيح البصر بالليزر هو سيد عبد الصفي

خريج كلية مونبلييه فرنسا

ملحق سابق بمستشفى قارن ، كفر بریان

DR BADAOUI ABDELLATIF

Ophtalmologiste spécialiste de la chirurgie de la
cataracte et de la correction visuelle au laser des
myopies, astigmatismes, hypermetropies et presbytie

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

Casablanca, le 21/02/2024 في البيضاء

Monsieur HABILLE Said

FAIRE BILAN ORTHOPTIQUE

Lancas 17

MERCI

Dr. BADAOUI ABDELLATIF
OPHTALMOLOGISTE
27, Rue Ferhat Hachad
Tél. 05 2...

Cabinet d'Orthoptie - d'électro-physiologie
HIDA Siba, 11, Bd. Dekkak



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 : ohta.badaoui@gmail.com - www.drbadaouiabdellatif.com - www.casablancalaser.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 :	
Cinq cent dirhams	500,00DH

23/02/2024
HIDA SIHAM Cabinet d'Orthoptie-d'Electrophysiologie
41 Bd Zerkouni Casablanca
Tél: 0522 22 91 10 E-mail: hidasiham9@gmail.com
Patente : N°34100946-IF : N° 41700946-JCE001923820000069

41 Bd Zerkouni-Res lisstikrar 4éme étage (à côté Marché des Fleurs)-Casablanca
Tel : 0522 22 91 10-E-mail :hidasiham9@gmail.com
Patente :N°34100946-IF :N° 41700946-JCE001923820000069

HIDA SIHAM
ORTHOPTISTE
41, Boulevard zerkouni
(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

Traitements antérieurs : 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'Electropyraxologie
d'
HIDA SIHAM
Casablanca
Tél. 0522 22 91 10

HIDA SIHAM
ORTHOPTISTE
41, Boulevard zerkouni
(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

Traitements 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'Electroptiologie
4^e Rue Hassan II, Casablanca
Téléphone : 0522 22 91 10

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,

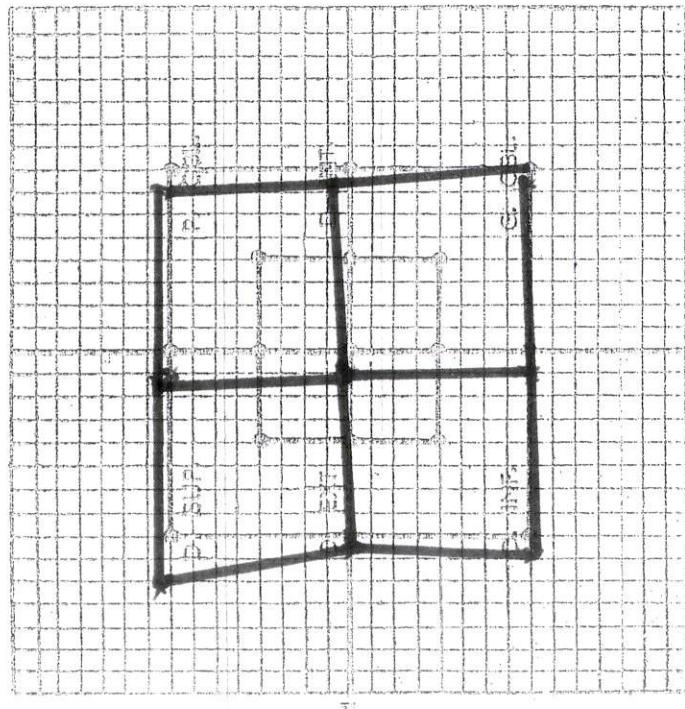
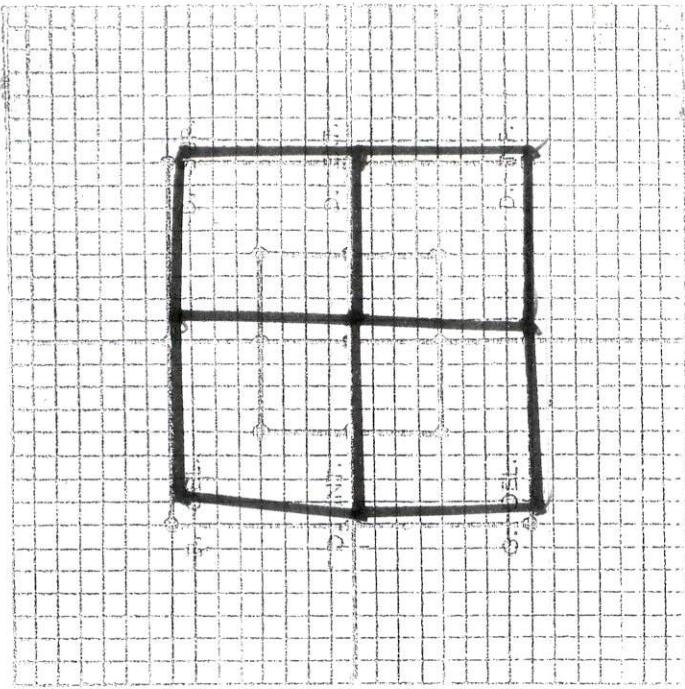
Cabinet d'Optique et de Physiologie Visuelle
Hôpital Sainte-Élisabeth de Casablanca
18, rue Zekhrouia - CASABLANCA
Tél: 0524 51 59 28 - 0524 51 59 27 - Tél: 0524 22 22 97

Cabinet d'Optique - Optique-Département
Cabinet d'Optique - Optique-Département
UIMM Villeurbanne
11 Bd Zermatt
69100 Villeurbanne

SOCIÉTÉ MAS DE LANGASSE

O. D.

O. G.



Nom : AL HABIBI Prénom : Said

Nom : AL HABIBI Prénom : Said

Age : 63 Année : 2002 - 2006

Age : 63 Année : 2002 - 2006

(A12D)

Hypothèse de gauche minime