

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.

Optiques :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Prothèses :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducation.
- 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

- Reclamation : 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

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème 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

W21-838326

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12575 Société : RAM 198242

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ROUZAQUI OTHIMANE

Date de naissance : 13/10/1985

Adresse : Residence Lilas Park, v.lla 159, Lekhedane, Boukrouna

Tél : 0661718664 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 24/10/2019

Nom et prénom du malade : A Qui Lilye Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection dentaire

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 : Casablanca Le : 08/04/2019

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie W21-838326

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
27/12/23 18/01/2024				

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	
	20/01/24	Devis de 10				20000
	21/01/24	seconde de				110
	20/01/24	une éducation thérapeutique				20000

VOLET ADHERENT

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

CENTRE D'ORTHOPTIE - D'ELECTROPHYSIOLOGIE

MME SERRAJ HANANE EP. FILALI

DIPLÔMÉE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

CASA, Le 17/01/2024



Cher Docteur,

L'examen de l'enfant ROUZAQUI LIL YA (7 ans) montre :

INTERROGATOIRE

Notion de strabisme divergent de l'OD constaté il y'a 3 semaines à la suite d'une infection oculaire.
Cellulite orbitaire.

ACUITE VISUELLE

Réfraction : OD = Plan (- 0.25 à 82°) / OG = + 0.25

VL S/C et A/C OD	10/10	VP S/C et A/C OD	P2
VL S/C et A/C OG	10/10	VP S/C et A/C OG	P2

EXAMEN MOTEUR

Mesure de l'angle : ESE (en Dioptries)

VL S/C et A/C : Orthophorie

VP S/C : X'X'T = 10°

A/C : X'X'T = 8

Baguette de Maddox :

VL S/C et A/C : E = 1

VP S/C et A/C : X' = 4

RDC: Très moyen, l'OD lâche

Motilité oculaire: Normale

Amplitude de fusion :

C16R14 D6R4

C'30R25 D'10R8

EXAMEN SENSORIEL

Verre Rouge : Fusion

Worth : Fusion

Vision stéréoscopique : positive

Synoptophore

S/C et A/C: AO = AS = 0

1°/ 20R16

CONCLUSION

Orthophorie en VL, Exophorie tropie en VP.

Sur le plan visuel : iso acuité visuelle.

Sur le plan sensoriel : CRN à tous les tests.

Insuffisance de convergence, l'OD lâche.

Le port de la correction n'est pas nécessaire.

Je propose de faire des séances de rééducation orthoptique.

Bien à vous

CENTRE D'ORTHOPTIE - D'ELECTROPHYSIOLOGIE
Mme SERRAJ Hanane

185, Bd. Abdelmoumen Rés. Walili Parc
Casablanca - Tél.: 05 22 26 26 26 / 48 10 86

GSM : 06 61 63 34 26

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

Téléphone : 0522.26.26.26 / 48.10.86

WhatsApp : 0661.63.34.26

Email : ha.serraj@gmail.com

Dr. Imane BOUZIANE

Ophthalmologiste

Lauréate de la faculté de
médecine de Casablanca
Diplômée en imagerie et
pathologies rétiniennes de Paris



الدكتورة إيمان بوزيان

طب و جراحة العيون

خريجة كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء
دبلوم في تصوير و أمراض شبكية العين
بباريس - فرنسا

ORDONNANCE

18 janvier 2024

Enf. ROUZAQUI Liliya

AGE / 7 ans

Insuffisance de convergence

faire svp :

REEDUCATION ORTHOPTIQUE 10 SEANCES

CENTRE D'ORTHOPTIE - D'ELECTROPHYSIOLOGIE
Mme SERRAJ Imane
185, Bd. Abdelmoumen Rés. Wajidi Parc
Casablanca - Tél: 05 22 26 26 26 / 48 10 86
GSM: 06 61 63 34 26

Dr. BOUZIANE Imane
Panorama Office, Immeuble 13, 1^{er}
Etage - Bâtiment 2, Bd Abou Bakr El Kadi,
Kadiri, Sidi Maarouf - Casablanca

مكاتب بانوراما، عمارة 13، الطابق الأول، مكتب 2، شارع أبو بكر القادري، سيدي معروف - الدار البيضاء

Projet Panorama Office, Immeuble 13, 1^{er} étage, Office 2, Bd Abou Bakr El Kadi, Sidi Maarouf - Casablanca
Tél : 05 22 58 15 86 - ICE : 002464357000093 - INPE : 091239665

CENTRE D'ORTHOPTIE - D'ELECTROPHYSIOLOGIE
Mme SERRAJ Imane
185, Bd. Abdelmoumen Rés. Wajidi Parc
Casablanca - Tél: 05 22 26 26 26 / 48 10 86
GSM: 06 61 63 34 26

Casa le 20/02/2024
ICE : 001804777000038
TP : 34309939
IF : 41909940

DEVIS

Nom et prénom : ROUZAQUI LILYA

EXAMEN : 10 séances de rééducation orthoptique

Prix : 200 X 10 = 2000 DH

(DEUX MILLE DIRHAMS)

CENTRE D'ORTHOPTIE - D'ELECTROPHYSIOLOGIE
Mme SERRAJ Hanane
185, Bd. Abdelmoumen Rés. Walili Parc
Casablanca - Tél: 05 22 26 26 26 / 48 10 86
GSM : 06 61 63 34 26